2014

DE GOMA; VAN 0 NAAR BETER

EEN ANALYSE BIJ DE 0-METING BETREFFENDE DE BEKENDHEID, TOEPASSING EN NALEVING VAN DE GOMA, MEDE IN RELATIE TOT BEVINDINGEN UIT EERDER WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

MR.DR. ROLINKA WIJNE, WIJNE HEALTH LAW, BUSSUM
IN OPDRACHT VAN DE LETSELSCHADE RAAD, VERSIE 4, 21 MEI 2014

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 Inleiding 3

1.1 Formulering van de opdracht 3
1.2 Relevantie van een nader onderzoek 3
1.3 Opzet 7

Hoofdstuk 2 De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid 9

2.1 Inleiding 9
2.2 Achtergrond en doel van de GOMA 9
2.3 Aanbevelingen Deel A 10
2.4 Aanbevelingen Deel B 12
2.5 Registratie in het 'Register GOMA' 14

Hoofdstuk 3 De conclusies van Ruigrok | NetPanel 17

3.1 Inleiding 17
3.2 Validiteit en betrouwbaarheid 17
3.3 Bekendheid met de GOMA 18
3.3.1 De voorgelegde vragen 18
3.3.2 De bevindingen 18
3.4 Afhandeling van een incident door de zorgverlener 19
3.4.1 De voorgelegde vragen 19
3.4.2 De bevindingen 20
3.5 Behandeling van het verzoek tot schadevergoeding 22
3.5.1 De voorgelegde vragen 22
3.5.2 De bevindingen 22
3.6 Conclusies kwantitatief onderzoek 24

Hoofdstuk 4 Analyse van de bevindingen 27

4.1 Inleiding 27
4.2 Afhandeling van een incident door de zorgverlener 27
4.3 Behandeling van een verzoek tot schadevergoeding 30
4.3.1 Opmerkingen vooraf 30
4.3.2 Verhaal van schade in de praktijk 32
4.4 Conclusie 35

Hoofdstuk 5 Slotbeschouwing & gedachten over verbetering 37

Literatuurlijst 43

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Formulering van de opdracht

Op 16 juni 2010 introduceerde De Letselschade Raad de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Om inzicht te krijgen in de bekendheid, toepassing en naleving van de aanbevelingen uit Deel A en Deel B van de GOMA heeft de Letselschade Raad een kwantitatief onderzoek laten uitvoeren door het marktonderzoekbureau Ruigrok | NetPanel.[1] Het onderzoek werd gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp, het Verbond van Verzekeraars en De Letselschade Raad.

Het onderzoek vond plaats onder consumenten en professionals; beide groepen hebben online een vragenlijst moeten invullen. Meer specifiek is onderzocht hoe ziekenhuizen, hun beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers van patiënten (de 'professionals') de GOMA hebben geïmplementeerd en of, dan wel hoe, zij de GOMA naleven en voorts hoe consumenten (patiënten en naasten) de naleving van de GOMA door deze professionals ervaren.[2] Het onderzoek is beperkt tot de ziekenhuisomgeving, zo kan uit het onderzoek worden opgemaakt. Ervaringen van solisten, zoals een huisarts of tandarts, en hun patiënten zijn buiten beschouwing gelaten.

De resultaten van het onderzoek vormen een 0-meting betreffende de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA. Ik ben verzocht een wetenschappelijke en verdiepende analyse te geven bij deze 0-meting. Teneinde inzicht te geven in de relevantie van deze nadere analyse, worden hierna enkele cijfers gepresenteerd.

1.2 Relevantie van een nader onderzoek

In 2012 telde Nederland 75 algemene ziekenhuizen, 8 universitair medische centra en 23 categorale ziekenhuizen.[3] De komende jaren zal het aantal ziekenhuisorganisaties verder afnemen vanwege fusies.[4]

---

[1] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014.

[2] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 7.

[3] Volgens de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Ziekenhuizen zijn op te splitsen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Een algemeen ziekenhuis is een concentratie van voorzieningen ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging. Daarnaast worden in een algemeen ziekenhuis zowel aanstaande artsen als verpleegkundigen opgeleid. Een academisch ziekenhuis heeft een aantal functies dat overeenkomt met de algemene ziekenhuizen, namelijk de reguliere patiëntenzorg, de topklinische zorg en de opleidingsfunctie voor medisch specialisten. Daarnaast heeft het universitair medische centrum nog een topreferentiefunctie, een werkplaatsfunctie (wetenschappelijk onderzoek en onderwijs voor de medische faculteit) en een ontwikkelingsfunctie (ontwikkeling van nieuwe medische technologieën en behandelwijzen). Een categoraal ziekenhuis richt zich op een bepaalde categorie patiënten. In aantal vormen de revalidatiecentra de belangrijkste groep. Andere voorbeelden van categorale ziekenhuizen zijn astmacentra, kankercentra en dialysecentra. Zie voor deze informatie Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.14, 12 december 2013.

[4] Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013, p. 7.

In de Nederlandse ziekenhuizen vinden jaarlijks zeer veel geneeskundige behandelingen plaats. In 2004 werden bijvoorbeeld 1,3 miljoen zieke personen van 1 jaar of ouder 1 of meerdere keren ten minste 24 uur opgenomen in één van de Nederlandse ziekenhuizen.[5] Vier jaar later, in 2008, bleek het aantal zieke personen van 1 jaar en ouder dat in dat jaar ten minste 24 uur in een ziekenhuis was opgenomen net boven de 1,3 miljoen te liggen.[6] In de periode van 1 april 2011 tot en met 31 maart 2012 waren er ruim 1,6 miljoen zieke personen van 1 jaar of ouder 1 of meerdere keren ten minste 24 uur opgenomen in één van de Nederlandse ziekenhuizen.[7] Deze cijfers zijn anno 2014 niet (veel) veranderd.[8] Het aantal personen dat een ziekenhuis bezoekt, zal met de groei en de vergrijzing van de bevolking waarschijnlijk zelfs toenemen.[9]

Met € 92 miljard, oftewel ruim 15% van het bruto binnenlands product, vormt de gezondheidszorg een belangrijk onderdeel van de Nederlandse economie; het betreft ruim 15% van het bruto binnenlands product.[10] De gezondheidszorg telde in 2011 640.000 voltijdbanen. Dat is bijna 10% van alle banen in Nederland.[11]

Deze cijfers betekenen dat met de gezondheidszorg in Nederland veel financiële middelen en veel verschillende personen gemoeid zijn. Voorts leren de cijfers dat hoewel voorkomen beter is dan genezen, ziekten nu eenmaal vóórkomen.

Personen die ziek worden, worden ‘patiënt’. De gemiddelde patiënt zal ervan uitgaan dat de arts zijn gezondheidstoestand verbetert. In veel gevallen zal dat ook zo zijn. In een aantal gevallen echter komt de patiënt door een *onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces* in een minder goede gezondheid te verkeren dan was voorzien of verwacht; er is dan sprake van een ‘incident’.[12] De verslechterde gezondheidssituatie die is opgetreden tijdens het zorgproces wordt - in overeenstemming met de op het gebied van de gezondheidszorg

---

[5] M.C. de Bruijne e.a., Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2007, p. 14 en 22. Het onderzoek zag op verrichtingen van cosmetische aard, noch op verrichtingen in verband met een abortus, zwangerschap of psychiatrische aandoening (p. 20, 22 en 75 van het onderzoek en bevestigd door M.C. de Bruijne per e-mail d.d. 3 april 2012). Het aantal opgenomen ‘zieken’ betreft bijna 8% van de bevolking: op 1 januari 2004 telde Nederland 16,3 miljoen inwoners, aldus het Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, Jaargang 52 - 1e kwartaal 2004, Heerlen/Voorburg 2004. Het aantal opnames in ziekenhuizen inclusief dagopnames, maar exclusief behandeling zonder opname bedroeg in 2004 2,9 miljoen, zo volgt uit informatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

[6] M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010, p. 21. Het aantal opnames inclusief dagopnames, maar exclusief behandeling zonder opname is ten opzichte van 2004 gestegen tot 3,3 miljoen. Dit werd veroorzaakt door een hoger aantal dagopnames.

[7] M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2013, p. 39. Tevens blijkt uit dit rapport dat patiënten korter in het ziekenhuis liggen. Het aandeel dagopnames wordt steeds groter.

[8] Zie het Centraal Bureau voor de Statistiek: cijfers betreffende het thema gezondheid en welzijn.

[9] Zie in die zin ook M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010, p. 21. Het aantal dagopnames in ziekenhuizen blijft stijgen, zo blijkt uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

[10] Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013, p. 5.

[11] Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013, p. 5. Zie ook de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (de banen in de sector zorg en welzijn zijn niet meegerekend).

[12] Zie voor het gebruik van de term ‘incident’ voor de onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen gaan leiden M.C. de Bruijne e.a., Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2007 en C. Wagner e.a., Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2008.

gangbare definitie - aangeduid als 'zorggerelateerde schade'.[13] De verslechterde gezondheidssituatie kan zich uiten als lichamelijk letsel, geestelijk letsel, of als een aantasting van het zelfbeschikkingsrecht.

Een voorbeeld van lichamelijk letsel is de stembandzenuwbeschadiging bij een schildklieroperatie.[14] Een voorbeeld van geestelijk letsel is de posttraumatische stressstoornis door een traumatisch verlopen bevalling.[15] Een voorbeeld van de aantasting van het zelfbeschikkingsrecht is het geval waarin een zwangere patiënt onvoldoende is geïnformeerd over afwijkingen aan de foetus die zij draagt en daardoor niet voor een abortus heeft kunnen kiezen.[16]

Onder 'schade' wordt - in het bijzonder door juristen - tevens verstaan *het gevolg* van de verslechterde gezondheidssituatie of de aantasting van het zelfbeschikkingsrecht, zoals financieel nadeel en/of ondervonden leed (bijvoorbeeld vermindering van levensvreugde, pijn en verdriet), doorgaans 'vermogensschade' respectievelijk 'immateriële schade' of 'ander nadeel' genoemd. Het onderscheid tussen schade 'aan de patiënt' en gevolgschade doet theoretisch aan en is een kwestie van perspectief: een medicus kijkt naar de fysieke aandoening of beperking en de jurist kijkt naar de gevolgen. In veel gevallen zal de fysieke aandoening met het gevolg samenvallen.

Uit onderzoek van het EMGO^{+} Institute for Health and Care Research en het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (EMGO/NIVEL) naar onbedoelde schade in ziekenhuizen bleek dat van de 1,3 miljoen zieke personen die in 2004 ten minste 24 uur in een ziekenhuis werden opgenomen, 5,7% te maken kreeg met 'zorggerelateerde schade' en dat van diezelfde groep 2,3% te maken kreeg met 'potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade'.[17] Een nieuwe meting in 2008 leerde dat het percentage zorggerelateerde schade significant gestegen was van 5,7% naar 8,0%. Het percentage potentieel vermijdbare zorggerelateerde schadegevallen in ziekenhuizen was gelijk gebleven.[18] In absolute zin ging het om ongeveer 74.000 in ziekenhuizen opgenomen zieke personen die in 2004 te maken kregen met zorggerelateerde schade en om ruim 104.000 in ziekenhuizen opgenomen zieke personen die in 2008 te maken kregen met zorggerelateerde schade. Bij ongeveer 30.000 (in 2004) tot ongeveer 38.600 (in 2008) zieke personen had de schade kunnen worden voorkomen. De cijfers over de periode 2011-2012 tonen dat patiënten in 7,1% van de opnames (dit waren er 1,6 miljoen) te maken kregen met zorggerelateerde schade. Dit is dus

[13] Zie voor de term 'zorggerelateerde schade' M.C. de Bruijne e.a., Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2007 en C. Wagner e.a., Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2008.
[14] Rechtbank Amsterdam 11 augustus 2010, *ECLI:NL:*RBAMS:2010:BP0743.
[15] Rechtbank Arnhem 30 januari 1997, *NJkort* 1997, 20 en Rechtbank Maastricht 22 maart 2006, *ECLI:NL:*RBMAA:2006:AV7273.
[16] HR 18 maart 2005, *NJ* 2006, 606, met nt. J.B.M. Vranken (Baby Kelly).
[17] M.C. de Bruijne e.a., Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2007, p. 14 en M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010, p. 67. Zie voor de conclusies ook Onderzoeksraad voor veiligheid, Veiligheid in perspectief, Den Haag, januari 2013, p. 14-21.
[18] Van de zorggerelateerde schade in 2004 was circa 40% potentieel vermijdbaar en in 2008 was sprake van een kleine daling tot ongeveer 37%. Deze daling is ontstaan, doordat de niet-vermijdbare zorggerelateerde schade meer is gestegen dan de vermijdbare zorggerelateerde schade. Zie voor het onderzoek M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010, p. 67. Zie voor mogelijke verklaringen voor de uitblijvende verlaging van het percentage zorggerelateerde schadegevallen M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010, p. 14, 53, 75 en 76. Zie voor mogelijke verklaringen ook C.Y. Lu en E. Roughead, 'Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries', *The International journal of Clinical Practice*, juli 2011, p. 733-740 en M. Babović, 'Zorgcoördinatie zorgelijk', 4 juli 2011, te lezen op de website van de KNMG <www.knmg.artsennet.nl>.

een daling ten opzichte van 2008 (8,0%), maar een stijging ten opzichte van 2004 (5,7%). Van de patiënten die in 2011-2012 waren opgenomen, kreeg 1,6% te maken met potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade. Dit is een daling ten opzichte van 2004 en 2008 (2,3%). Geëxtrapoleerd naar heel Nederland hebben volgens genoemde laatste meting ongeveer 26.350 patiënten in de periode 2011-2012 te maken gekregen met zorggerelateerde schade die mogelijk voorkomen had kunnen worden.[19]

Hoewel dus uit recent onderzoek blijkt dat zowel het aantal personen dat met zorggerelateerde schade werd geconfronteerd als het aantal personen dat met potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade werd geconfronteerd in de periode van 2008 tot 2012 door gerichte verbeterinitiatieven is gedaald,[20] moet worden geconstateerd dat het volledig voorkomen van zorggerelateerde schade nog niet is bereikt.

Dit betekent overigens niet zonder meer dat de arts of het ziekenhuis in al die gevallen tijdens het zorgproces *een fout* heeft gemaakt en dat de patiënt recht heeft op een vergoeding van zijn schade. Indachtig de definitie van incident - een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces - kan schade ontstaan door zowel een 'complicatie' als een 'fout' van de arts of het ziekenhuis. Onder een complicatie wordt doorgaans verstaan een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.[21] Pas als de arts of het ziekenhuis een verwijt van het ontstaan van de schade kan worden gemaakt, wordt gesproken van een medische fout of beroepsfout.[22] Pas in dat geval ontstaat naar Nederlands recht een recht op vergoeding van schade, mits aan de overige vereisten, zoals een condicio sine qua non-verband met de schade, is voldaan.

Terzijde wordt tegen die achtergrond opgemerkt dat ook het gehanteerde begrip 'vermijdbare zorggerelateerde schade' niet louter maatgevend is, omdat in de juridische context afwijkende criteria worden gehanteerd als het gaat om een recht op schadevergoeding.[23]

---

[19] M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2013, p. 37, 39 en 61.

[20] In 2004 startte het EMGO/NIVEL een monitorstudie, 'Monitor Zorggerelateerde schade'. Voorts werd in 2008 het initiatief genomen tot een landelijk veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig', zie nader <www.vmszorg.nl> en IGZ, Veiligheidsindicatoren 2010-2012 - Toezicht op het Veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig', Utrecht 2010. Dit programma heeft een duur van vijf jaren. Zie nader over de initiatieven M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2013, p. 17-24.

[21] Definitie die door de Orde van Medisch Specialisten wordt gehanteerd, zie bijvoorbeeld Orde van Medisch Specialisten, MJA-project complicatieregistraties. Plan van aanpak complicatieregistratie in het kader van de meerjarenafspraken (MJA) ten behoeve van de wetenschappelijke verenigingen van erkende specialismen, Utrecht 2002. Zie voorts P.J. Marang-van de Mheen en J. Kievit, 'Geautomatiseerde registratie van complicaties door heelkundige afdelingen in Nederland: huidige stand van zaken', *NTvG* 2003;147:1273-1277.

[22] Zie R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) 2013, hoofdstuk 4.

[23] Zie voor het opmerken van het verschil ook J. Legemaate, Wikken en wegen (oratie Amsterdam) 2011, opgenomen in de oratiebundel Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2012, p. 428. Het verschil tussen vermijdbare schadegevallen en het aantal gevallen waarin een vordering bestaat, werd tevens benadrukt door T.F.E. Tjong Tjin Tai in zijn coreferaat bij het preadvies van J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, 'Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties', Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013. Zie voor het definiëren van het begrip 'medische fout' ook R.W.M. Giard, 'De epidemiologie van medische fouten: enkele methodologische kwesties', *NTvG* 2005;149:2157-62.

Het betekent wel dat in een noemenswaardig aantal gevallen de patiënt opvang verdient en dat de patiënt zou moeten worden bijgestaan in zijn zoektocht naar genoegdoening, wat die genoegdoening ook is. De GOMA beoogt bij te dragen aan een goede opvang van de patiënt en - in een voorkomend geval - de afwikkeling van schade door het formuleren van aanbevelingen aan zowel de zorgverlener als de bij de schadeafwikkeling betrokken partijen (belangenbehartigers, beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars, schade-experts). De relevantie van een analyse bij de 0-meting betreffende de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA is hiermee gegeven.

1.3 Opzet

Om uitvoering te geven aan de hiervoor geformuleerde opdracht wordt in hoofdstuk 2 (kort) ingegaan op de GOMA en haar aanbevelingen. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten van het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel beschreven. In hoofdstuk 4 volgt een analyse van de bevindingen in relatie tot ander (wetenschappelijk) onderzoek. Hoofdstuk 5 vormt het sluitstuk. De onderzoeksbevindingen uit het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel worden nader beschouwd en voorzien van een conclusie. Hetzelfde geldt voor de bevindingen naar aanleiding van de analyse van datzelfde onderzoek in relatie tot ander (wetenschappelijk) onderzoek. Het doel van deze slotbeschouwing is om kort (samengevat) in kaart te brengen welke lering er uit de 0-meting kan worden getrokken. Aansluitend worden enkele punten van aandacht belicht en wordt ten aanzien van enkele - meest in het oog springende - punten een gedachte over verbetering verwoord.

Het onderhavige onderzoek heeft uitdrukkelijk niet het doel de resultaten van het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel ter discussie te stellen of te waarderen. De bevindingen zijn voor kennisgeving aangenomen. Waar een opmerkelijke uitkomst wordt gesignaleerd, wordt daarvan melding gemaakt, doch zonder daarvoor een eenduidige oorzaak aan te wijzen. Mogelijke oorzaken zijn als gedachte verwoord.

Het onderhavige onderzoek heeft wel het doel het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel naast andere onderzoeken te leggen. Discrepanties of overeenkomsten worden benoemd. Al met al zal een beeld moeten worden geschetst van de plaats c.q. duiding van de onderzoeksbevindingen van Ruigrok | NetPanel ten opzichte van het geheel van meningen en ‘oordelen’ over de wijze waarop wordt omgegaan met een medisch incident.

HOOFDSTUK 2 DE GEDRAGSCODE OPENHEID MEDISCHE INCIDENTEN; BETERE AFWIKKELING MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID

2.1 Inleiding

In dit onderzoek staat de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) centraal; mij is gevraagd om een wetenschappelijke en verdiepende analyse bij de 0-meting betreffende de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA. Tegen die achtergrond wordt hierna ingegaan op de totstandkoming en het doel van de GOMA (par. 2.2), op de aanbevelingen van Deel A van de GOMA (par. 2.3) en op de aanbevelingen van Deel B van de GOMA (par. 2.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van het aantal (rechts)personen dat zich heeft ingeschreven in het register dat door de Letselschade Raad wordt beheerd, het 'Register GOMA' (par. 2.5).

2.2 Achtergrond en doel van de GOMA

Negatieve ervaringen van patiënten betreffende de afwikkeling van hun schade of klacht na een incident vormden voor de branche aanleiding initiatieven te ontplooien met het doel de positie van de patiënt te verbeteren.[24] Het resultaat hiervan is de GOMA, welk project de Letselschade Raad heeft gefaciliteerd.

De GOMA is opgesteld door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, het Verbond van Verzekeraars (de onderlinge waarborgmaatschappij Centramed BA, de onderlinge waarborgmaatschappij MediRisk BA, Stichting Personenschade Instituut Verzekeraars en de rechtsbijstandsverzekeraars), de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Als adviseurs waren het Ministerie van Justitie & Veiligheid, de Vereniging van Advocaten voor Slachtoffers van Personenschade en de Vereniging Letselschade Advocaten betrokken. Op 16 juni 2010 werd de eerste versie van de GOMA geïntroduceerd. In 2012 verscheen de derde druk.[25]

---

[24] Zie voor voorbeelden van negatieve ervaringen uitzending Tros Radar 10 september 2007; uitzending Zembla 8 februari 2009; Volkskrant, 'Medisch missers slecht vergoed', 2 april 2010; Consumentengids, 'Medische missers', juli/augustus 2011; uitzending De Vijfde Dag 10 mei 2012; F. Glissenaar, 'Medische schadeafhandeling, verzekerd van ellende', *Vrij Nederland* 1 september 2012; uitzending Tros Radar 1 oktober 2012; J.M. Barendrecht, 'Medische aansprakelijkheid; een ziek systeem dat beter kan', 6 oktober 2012, gepubliceerd op <www.socialevraagstukken.nl> en de reactie daarop van F.T. Kremer, directeur Stichting Personenschade Instituut Verzekeraars, evenals NRC Handelsblad, 'De dokter maakt wel vaker een fout', 5 december 2012. Zie dit bevestigd in de rapporten van Stichting De Ombudsman, Letselschaderegeling 'Onderhandelen met het mes op tafel, of een zoektocht naar de redelijkheid?' 2003 en Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008 J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, 'Medische aansprakelijkheid: over grote problemen haalbare verbeteringen en overschatte revoluties', Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013; J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013 en R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor het verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.

[25] De GOMA is te downloaden via de website van de Letselschade Raad <www.deletselschaderaad.nl>.

De GOMA kent een tweedeling die enerzijds is ingegeven door de omstandigheid dat niet elk incident betekent dat de zorgverlener een fout heeft gemaakt en een vergoeding van schade aan de orde is, doch anderzijds is ingegeven door de opvatting dat iedere patiënt na een incident adequate opvang behoeft.

De aanbevelingen in Deel A zien op de opvang van de patiënt direct na een incident, doch voordat een vordering tot schadevergoeding is ingesteld. De aanbevelingen hebben betrekking op de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder over een incident en de reactie op dat incident. Een goede communicatie voorkomt misverstanden die kunnen leiden tot een (onnodige) klacht of vordering.

De aanbevelingen in Deel B zien op de omgang met de patiënt en diens vordering tot schadevergoeding. Deze aanbevelingen beogen het proces van schadeafwikkeling te verbeteren en openheid over incidenten te bevorderen. Het uiteindelijke doel van de aanbevelingen is ‘een open en transparante communicatie met goed inzicht in het traject na een incident voor alle betrokken partijen’. Tevens zijn de aanbevelingen bedoeld om de voortgang van het schadeafwikkelingsproces te bewaken en de kosten en belasting voor partijen tot een minimum te beperken.[26]

2.3 Aanbevelingen Deel A

Deel A van de GOMA bestaat uit negen aanbevelingen gericht op de zorgverlener c.q. zorgaanbieder.[27] Kort samengevat behelzen de aanbevelingen het volgende:

1. Informeren: de zorgaanbieder informeert de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling.[28]

2. Dossier bijhouden: de zorgaanbieder houdt het dossier op adequate wijze bij. In geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt neemt de zorgverlener informatie op over de aard en oorzaak van het incident en over de mogelijke gevolgen van het incident voor de patiënt.[29]

3. Snel reageren: na het ontdekken van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt neemt de zorgaanbieder zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen 24 uur, contact op met de patiënt.[30]

[26] De Letselschaderaad, Gedragscode Openheid Medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA), Den Haag, maart 2012, p. 8.
[27] De termen kennen in het kader van dit onderzoek geen onderscheidend vermogen.
[28] Vergelijk artikel 7:448, tweede lid, onder a, BW. Het informeren van de patiënt is een plicht van de zorgverlener die uit de behandelingsovereenkomst voortvloeit. Het toestemmingsvereiste is vervat in artikel 7:450 BW.
[29] Vergelijk artikel 7:454 BW. Het bijhouden van een dossier is een plicht van de zorgverlener die uit de behandelingsovereenkomst voortvloeit. Vergelijk voorts artikel 10 van het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Kamerstukken 32402) waarin expliciet de plicht tot het vastleggen van een incident is vervat.
[30] Deze plicht is niet als zodanig in de wet opgenomen, maar kan voortvloeien uit de plicht om als goed hulpverlener te handelen, neergelegd in artikel 7:453 BW. De reden voor deze aanbeveling is het verkorten van de periode van onzekerheid, met een grotere kans op behoud of herstel van vertrouwen.

4. Gevolgen beperken: de zorgaanbieder doet wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident weg te nemen of te beperken (zoals het initiëren van een herstelbehandeling en het informeren van de patiënt en zijn familieleden).[31]

5. Onderzoek: de zorgaanbieder onderzoekt de toedracht van het incident en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om herhaling van het (of een vergelijkbaar) incident te voorkomen of de kans daarop te verkleinen.[32]

6. Openheid: zodra de toedracht van een incident bekend is, geeft de zorgaanbieder de patiënt informatie over de oorzaak van het incident op een zodanige wijze dat dit aansluit bij de wensen en behoeften van de patiënt.[33] Het medisch dossier wordt hem ter beschikking gesteld.[34]

7. Gegevens en verklaringen verzamelen: de zorgaanbieder spant zich in voor het verzamelen van zo veel mogelijk gegevens.[35] Deze verplichting reikt verder dan het overleggen van het medisch dossier.

8. Erkennen en verontschuldigen: als sprake is geweest van een fout, dan erkent de zorgaanbieder de fout en biedt hij de patiënt excuses aan.[36] Ook in het geval dat zich een complicatie voordoet, is het van belang dat de zorgaanbieder de patiënt informeert en zich empathisch opstelt.[37]

---

[31] Deze plicht is niet als zodanig in de wet vervat, maar kan voortvloeien uit de plicht om als goed hulpverlener te handelen, neergelegd in artikel 7:453 BW.

[32] Deze plicht is niet als zodanig in de wet vervat, maar kan voortvloeien uit de plicht om als goed hulpverlener te handelen, neergelegd in artikel 7:453 BW. De verplichting zal bovendien doorgaans zijn opgelegd door (de Raad van Bestuur) van het ziekenhuis waarin de hulpverlener werkzaam is. De hulpverlener dient een incident aan de zogeheten MIP-commissie te melden. Daarna volgt (intern) onderzoek.

[33] Vergelijk artikel 7:448 BW. Het informeren van de patiënt is een plicht van de zorgverlener die uit de behandelingsovereenkomst voortvloeit. Hoewel niet als zodanig in de wet genoemd, is het informeren van de patiënt over een incident een plicht van de hulpverlener. Zie J. Legemaate, Patiëntveiligheid en patiëntenrechten, (oratie Amsterdam) Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006; J. Legemaate, 'Recht op informatie over fouten van artsen', *TVP* 2007, nr. 1, p. 1-4; J. Legemaate, 'Patiëntveiligheid en patiëntenrechten', *MC* 12 mei 2006 (61) nr. 19, p. 784-787; KNMG, Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?, april 2007; CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Klachtenrichtlijn gezondheidszorg, Alphen aan den Rijn: Uitgever Van Zuiden, 2004, p. 148-150 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 1, 14-15 met verwijzing naar internationale literatuur waaronder E. O'Connor e.a., 'Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review', *International Journal for Quality in Health Care* 2010, vol. 22, no. 5, p. 371-379. Zie voor een voorbeeld uit de rechtspraak Rechtbank Amsterdam 7 januari 2009, *L&S* 2010, 77 (de rechtbank verhoogde de vergoeding van de immateriële schade omdat de arts de fout niet had gemeld).

[34] Vergelijk artikel 7:456 BW.

[35] Deze plicht is niet als zodanig in de wet vervat, maar kan voortvloeien uit de plicht om als goed hulpverlener te handelen, neergelegd in artikel 7:453 BW. Bovendien kan de plicht worden gezien in het kader van de verzwaarde motiveringsplicht die op de hulpverlener rust. Zie over de verzwaarde motiveringsplicht HR 20 november 1987, *NJ* 1988, 500, met nt. W.L. Haardt (Timmer/Deutman). Zie voor literatuur Asser Procesrecht/Asser 3 2013/306-309 en R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013, hoofdstuk 4, par. 4.2.2.3.

[36] Van het informeren over fouten of over een situatie 'waarbij het niet is gegaan zoals had gemoeten', moet worden onderscheiden het erkennen van (juridische) aansprakelijkheid door de hulpverlener. In de met de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst is doorgaans het verbod tot erkenning van aansprakelijkheid neergelegd (ingevolge artikel 7:953 BW). Dit is toegestaan om de belangen van de verzekeraar te waarborgen, zij het dat verbod niet mag tornen aan het recht van de patiënt om te worden geïnformeerd over fouten of over feitelijke aangelegenheden betreffende de uitvoering van de geneeskundige behandeling.

[37] Vaak zal in eerste instantie onduidelijk zijn of de schade het gevolg is van een fout of van een complicatie.

9. Informeren over klacht of verzoek tot schadevergoeding: de zorgaanbieder informeert de patiënt in elk geval schriftelijk, maar het liefst ook mondeling, over de mogelijkheden tot het indienen van een klacht of verzoek tot schadevergoeding.[38]

De aanbevelingen hebben het doel de patiënt inzicht te verschaffen over de aard en toedracht van het incident en het voorkomen van een gebrek aan vertrouwen in de zorgverlener met alle mogelijke gevolgen - zoals boosheid, frustratie, de wens tot het indienen van een klacht of vordering - van dien. Ik hecht eraan op te merken dat de zorgverlener dit streven te allen tijde hoog in het vaandel moet hebben staan, zowel voor zichzelf als voor de patiënt. Desalniettemin kan het zo zijn dat de patiënt niet uit boosheid verhaal wenst te halen maar simpelweg omdat hij zo veel schade lijdt dat zijn inkomenspositie onder druk komt te staan. Deze patiënt zal zijn schade moeten kunnen verhalen. Voorlichting over de juiste weg is daarbij van cruciaal belang. Een 'verkeerde' juridische actie leidt onherroepelijk tot frustratie bij zowel arts als patiënt en brengt voor beide een onnodige (emotionele en financiële) belasting met zich.[39]

2.4 Aanbevelingen Deel B

10. Belangenbehartiger informeert: als de patiënt een juridische belangenbehartiger in de arm heeft genomen,[40] informeert deze de patiënt over de bijzondere aard van medische aansprakelijkheidszaken en de daarmee gepaard gaande duur en de kosten van het traject.[41]

11. Zorgaanbieder informeert: wanneer de patiënt zelf rechtstreeks de zorgaanbieder aansprakelijk stelt, informeert de zorgaanbieder de patiënt in grote lijnen over het verdere verloop en de te verwachten procedure. Tevens meldt de zorgaanbieder of hij de

---

[38] De hulpverlener dient een klimaat te bevorderen waarin de patiënt zich vrij voelt klachten te uiten en dient op een zorgvuldige wijze met klachten om te gaan, zie KNMG, Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?, 2007; KNMG, Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2005 en CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications BV 2004.

[39] Zie R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor het verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013, hoofdstuk 2 over de verschillende juridische acties en par. 2.6 van dat hoofdstuk voor een beschouwing van de acties.

[40] Uit onderzoek van Stichting De Ombudsman (2008) blijkt dat in ruim de helft van de zaken (55,2%) de respondenten in dat onderzoek zich hadden laten bijstaan door een belangenbehartiger. In 59,4% van die gevallen was dat een advocaat en in 29,5% werd de bijstand verzorgd door een rechtsbijstandverzekeraar. Zie Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008.

[41] De rechtsverhouding tussen de belangenbehartiger en de patiënt brengt met zich dat de belangenbehartiger bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed opdrachtnemer in acht dient te nemen, zo volgt uit artikel 7:401 BW. Hoewel dit niet met zoveel woorden in de wettekst betreffende de verzekeringsovereenkomst is opgenomen, geldt ook voor de rechtsbijstandverzekeraar dat hij dient te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend rechtshulpverlener (zie bijvoorbeeld Rechtbank Amsterdam 10 oktober 2007, *ECLI:NL:*RBAMS:2007:BB7164; Rechtbank Amsterdam 30 januari 2008, *ECLI:NL:*RBAMS:2008:BD7591; Rechtbank Amsterdam 18 juni 2008, *ECLI:NL:*RBAMS:2008:BD6618 en Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 30 juli 2013, *ECLI:NL:*GHARL:2013:5655). Hieronder valt de plicht de patiënt te informeren over genoemde punten. Zie voorts artikel 7:403 BW.

behandeling van de schadeclaim aan zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar overdraagt.[42]

12. Aansprakelijkstelling: de belangenbehartiger draagt zorg voor een goed gemotiveerde en onderbouwde aansprakelijkstelling en omschrijft zo mogelijk de medische en feitelijke gevolgen van de fout.[43] Het verdient tevens aanbeveling ook inzicht te verschaffen in de aard en omvang van de schade.

13. Ontvangstbevestiging: de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich per omgaande, maar uiterlijk binnen twee weken nadat hij de aansprakelijkstelling van de zorgaanbieder heeft ontvangen, als betrokken partij bekend aan de afzender van de aansprakelijkstelling. Om transparantie over het traject te bevorderen stuurt hij met dat bericht een brochure daarover mee.[44]

14. Informatie-uitwisseling: partijen stellen elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de *relevante* medische en feitelijke gegevens ter beschikking.[45] In dat kader dient de patiënt toestemming te verlenen door middel van een ondertekende machtiging.

15. Standpunt aansprakelijkheid: de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar neemt in beginsel binnen drie maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Mocht deze termijn niet haalbaar blijken, dan meldt hij dit onder opgave van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten.[46]

16. Duidelijke motivering: de verzekeraar geeft schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient. Hij laat, indien aan de orde, ook zijn standpunt weten over vergoeding van de gemaakte en te maken kosten van buitengerechtelijke rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek.[47]

[42] In dat verband wordt gewezen op de ontwikkeling dat ziekenhuizen in de toekomst meer schadeclaims zelf zullen gaan afwikkelen; verzekerde ziekenhuizen hebben een eigen risico en binnen dat risico is de afwikkeling aan de ziekenhuizen zelf.
[43] Deze plicht valt te scharen onder de plicht zich als goed opdrachtnemer te gedragen, vervat in artikel 7:401 BW.
[44] Hoewel dit niet met zoveel woorden in de wettekst betreffende de verzekeringsovereenkomst is opgenomen, dient de verzekeraar inzake verzekeringskwesties bij de uitvoering van zijn werkzaamheden te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend verzekeraar. Genoemd punt kan daaronder worden geschaard. Zie voor voorbeelden Gerechtshof Amsterdam 29 maart 2011, *ECLI:NL:*GHAMS:2011:BR1740; Rechtbank Rotterdam 20 juli 2011, *ECLI:NL:*RBROT:2011:BR4450 en Rechtbank Amsterdam 28 maart 2012, *ECLI:NL:*RBAMS:2012:BW1355. Zie ook conclusie A-G bij HR 9 maart 2012, *ECLI:NL:*HR:2012:BU9206 en conclusie A-G bij HR 5 oktober 2007, *ECLI:NL:*HR:2007:BA8774. Zie voorts uitvoerig over de norm waarnaar de verzekeraar zich dient te gedragen J.L. Smeehuijzen, 'Schadevergoeding wegens onzorgvuldige afwikkeling van letselschadevorderingen', *NTBR* 2009/44, p. 328-340.
[45] In dat verband wordt gewezen op de verplichtingen uit hoofde van het BW (7:454-7:457 BW), de Wet bescherming persoonsgegevens en op artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden. Zie nader R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor het verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013, hoofdstuk 8, par. 8.2.5 en par. 8.3.4 over de omgang met medische informatie in en buiten rechte.
[46] Dit volgt uit de plicht om te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend verzekeraar.
[47] Dit volgt uit de plicht om te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend verzekeraar.

17. Kosten deskundige: als de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar niet in staat mocht zijn om op een onderbouwde aansprakelijkstelling een gemotiveerd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid en het nodig vindt om een medisch deskundige in onderling overleg aan te zoeken, draagt hij daarvan de kosten.[48]

18. Verschil op medisch gebied: als bij een goed onderbouwde aansprakelijkstelling en een goed gemotiveerde afwijzing daarvan een verschil van inzicht op het medische gebied blijft bestaan, zal in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek worden gevraagd om in medisch opzicht de duidelijkheid te verschaffen die nodig is voor een juridisch oordeel over de bestreden behandeling. De kosten van dit deskundigenonderzoek komen in beginsel voor rekening van beide partijen.

19. Open communicatie: partijen communiceren open en voortvarend over de totstandkoming van een medisch deskundigenonderzoek in gezamenlijk overleg.

De aanbevelingen zijn bedoeld om de voortgang van het proces te bewaken en de kosten en belasting te beperken. De aanbevelingen kunnen echter niet alle knelpunten met betrekking tot aansprakelijkheid oplossen. In veel zaken is sprake van een bewijsprobleem ter zake de tekortkoming van de zorgverlener in de nakoming van zijn verplichtingen uit de behandelingsovereenkomst en het condicio sine qua-non verband tussen de tekortkoming en de schade van de patiënt. Naleving van de aanbevelingen kan echter wel bijdragen aan een zo vlot en prettig mogelijke afwikkeling van de schade.

2.5 Registratie in het 'Register GOMA'

Inschrijving in het Register GOMA staat open voor zorgaanbieders, verzekeraars en belangenbehartigers. De organisaties in het register behoren de GOMA na te leven en integer en conform de standaarden van hun beroepsgroep te handelen. De Letselschade Raad beheert het Register GOMA.

Bij de telling in 2013 bleken zich meer dan 20 organisaties te hebben aangemeld. Dit betreft ziekenhuizen en belangenbehartigers inclusief rechtsbijstandverzekeraars.[49] Het aantal (rechts)personen dat daadwerkelijk over is gegaan tot registratie is desalniettemin teleurstellend en dit geldt in het bijzonder voor belangenbehartigers en ziekenhuizen. Op 21 mei 2014 werden negen geregistreerden op de website van de Letselschade Raad vermeld:
Centramed BA te Voorburg, MediRisk BA te Utrecht, VVAA Schadeverzekeringen te Utrecht NV, DAS Rechtsbijstand te Amsterdam, Hofmans Associates Letselschade Consultancy te Amsterdam, Pals Groep te Amsterdam, Andriessen Expertise te 's-Hertogenbosch en de ziekenhuizen Kempenhaeghe te Heeze en het UMCU te Utrecht.[50]

De oorzaak van dit lage aantal kan gelegen zijn in onbekendheid met de GOMA, waarop in hoofdstuk 3 nader wordt ingegaan, in de omstandigheid dat commitment niet strookt met een onafhankelijke positie van een partij - zo is van enkele advocaten bekend dat zij zich

[48] Dit volgt uit de plicht om te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend verzekeraar.
[49] Informatie de Letselschade Raad 13 maart 2014.
[50] Informatie op de website van de Letselschade Raad <www.deletselschaderaad.nl>.

vanwege hun onafhankelijke positie niet willen conformeren aan een gedragscode die niet afkomstig is van hun eigen beroepsvereniging - maar ook in de overtuiging dat de aanbevelingen niet als *good practices* kunnen worden aangemerkt. Voor een beter inzicht is nader onderzoek vereist.

HOOFDSTUK 3 DE CONCLUSIES VAN RUIGROK | NETPANEL

3.1 Inleiding

Om inzicht te krijgen in de bekendheid, toepassing en naleving van de aanbevelingen uit Deel A en Deel B van de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) heeft De Letselschade Raad een kwantitatief onderzoek onder patiënten en professionals (professionals bestaan uit zorgprofessionals, beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers van patiënten) laten uitvoeren door marktonderzoekbureau Ruigrok | NetPanel.[51] Het *concept*rapport is eind februari 2014 aan de Letselschade Raad toegezonden.[52] Tegen de achtergrond van het verzoek van de Letselschade Raad om het kwantitatief onderzoek (de 0-meting) te voorzien van een wetenschappelijke en verdiepende analyse betreffende de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA, worden in dit hoofdstuk de bevindingen van Ruigrok | NetPanel beschreven. Daartoe wordt aangehaakt bij de opzet van het rapport.[53] Na een algemene beschouwing van het rapport (par. 3.2), wordt aangevangen met een beschrijving van de bevindingen ten aanzien van de bekendheid met de GOMA (par. 3.3). Daarna wordt ingegaan op de bevindingen over de afhandeling van een incident door de zorgverlener (par. 3.4), gevolgd door een beschrijving van de bevindingen betreffende de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding (par. 3.5). De algemene conclusie van het rapport van Ruigrok | NetPanel wordt in de slotparagraaf beschreven (par. 3.6). Opvallende bevindingen zullen door mij als zodanig worden benoemd.

3.2 Validiteit en betrouwbaarheid

Het rapport van Ruigrok | NetPanel is het verslag van een kwantitatief onderzoek. Centraal stonden de volgende twee hoofdvragen:

- *In hoeverre handelen ziekenhuizen, hun verzekeraars en belangenbehartigers van ziekenhuispatiënten conform de GOMA?*
- *In hoeverre ervaren ziekenhuispatiënten dat er conform de GOMA wordt gehandeld bij een (mogelijk)[54] medisch incident?*

De validiteit - wordt er gemeten wat de bedoeling is - en de betrouwbaarheid - zou bij herhaling hetzelfde resultaat worden verkregen - van het rapport bepalen in belangrijke mate de waarde die aan de bevindingen mogen worden toegekend.

In dat verband moet vooraf worden opgemerkt dat de datacollectie voor zowel de consumenten (dit betreft de patiënten) als de professionals (dit betreft de zorgprofessionals, beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers van patiënten) gedurende

[51] Zie voor informatie over Ruigrok | NetPanel <www.ruigroknetpanel.nl>. Zie voor het rapport J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014.
[52] Dit is de versie die ten grondslag ligt aan de onderhavige analyse.
[53] Het rapport is ingedeeld in drie hoofdstukken: bekendheid GOMA, afhandeling door zorgverlener en behandeling van verzoek tot schadevergoeding. Zie voor de leeswijzer, p. 10 van het rapport.
[54] Bedoeld is kennelijk een mogelijke fout. Dat er sprake is geweest van een incident is namelijk uitgangspunt voor ‘het in werking treden’ van de GOMA.

een periode van negen maanden heeft plaatsgevonden. De respondenten zijn via verschillende kanalen - op uitnodiging van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars MediRisk BA en Centramed BA of op uitnodiging van een belangenbehartiger of klachtenfunctionaris - benaderd; het betreft mitsdien geen steekproef. Referentiedata zijn niet beschikbaar geweest. De patiënten en de professionals hebben online een vragenlijst ontvangen. Deze vragenlijsten waren niet identiek, maar vertoonden wel grote gelijkenis. In de vragenlijst zijn zowel open vragen als matrixvragen opgenomen.

Voorts wordt opgemerkt dat mij het aantal genodigde patiënten onbekend is. Wel is duidelijk dat 669 patiënten gestart zijn met het invullen van de vragenlijst en dat slechts 148 patiënten de beantwoording van de vragenlijst heeft afgerond. Eveneens is onduidelijk wat het aantal benaderde professionals is geweest. Wel blijkt uit het rapport dat 571 professionals gestart zijn met het beantwoorden van de vragenlijst. 79 Professionals hebben de beantwoording afgerond. Hieronder bevonden zich 13 zorgprofessionals (3 artsen). Het aantal afgeronde vragenlijsten is dus opvallend laag en dit geldt in het bijzonder voor de zorgprofessionals. Een oorzaak daarvoor wordt in het rapport van Ruigrok | NetPanel niet terug gevonden. Verschillende oorzaken zijn mogelijk, waaronder een geringe bekendheid met de GOMA ook al geven de responderende professionals het antwoord op de hoogte te zijn van de GOMA, zie hierna. Het is immers niet onaannemelijk dat bij onbekendheid de wil en de mogelijkheid ontbreekt iets te zeggen over of te vinden van het voorgelegde onderwerp. Bij de waardering van de bevindingen is door Ruigrok | NetPanel met het lage aantal responderende *zorg*professionals rekening gehouden door de desbetreffende resultaten ‘zeer indicatief’ te noemen.[55] Wel blijken de bevindingen in lijn te liggen met andere onderzoeken, hetgeen aan de orde komt in hoofdstuk 4.

3.3 Bekendheid met de GOMA

3.3.1 De voorgelegde vragen

Het eerste thema dat door Ruigrok | NetPanel is onderzocht betreft de bekendheid met de GOMA. Het is een deelvraag die beantwoording vereist voordat aan beantwoording van de twee hoofdvragen kan worden toegekomen.[56]

De patiënten zijn drie vragen voorgelegd ter zake hun bekendheid met het bestaan van en de inhoud van de GOMA. De professionals zijn in dat kader twee vragen voorgelegd.

3.3.2 De bevindingen

Uit de beantwoording van de vragen is gebleken dat 24% van het aantal *patiënten* dat de vragenlijst heeft afgerond, bekend is met de GOMA. Deze bekendheid is voornamelijk verkregen via het internet, de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgaanbieder(s) en de Letselschade Raad.[57] De 24% die op de hoogte is van de GOMA is

---

[55] Zie J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 16.

[56] Zie voor die opbouw J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 8.

[57] Patiënten konden kiezen uit meerdere opties en een alternatief antwoord (ander, namelijk…) aankruisen.

wisselend op de hoogte van de inhoud van de GOMA (43% (zeer) weinig kennis tot 34% (zeer) veel kennis).[58]

Uit de beantwoording van de vragen is voorts gebleken dat 99% van het aantal *professional*s dat de vragenlijst heeft afgerond, bekend is met de GOMA. Van die 99% had 74% veel kennis van de inhoud.

Dat maar weinig patiënten bekend zijn met de (inhoud van de) GOMA is mijns inziens opvallend, doch mogelijk te verklaren door het feit dat de GOMA primair bedoeld is voor professionals. Patiënten zouden mijns inziens wel moeten kunnen herkennen dat er conform de aanbevelingen van de GOMA gehandeld wordt. Dat de meeste of veel professionals (wel) bekend zijn met de GOMA en met de inhoud ervan moet bovendien wellicht worden genuanceerd gezien het lage aantal responderende zorgprofessionals. Hiervoor werd reeds geopperd dat een oorzaak daarvoor gelegen kan zijn in onbekendheid met de GOMA.[59] Het is dus mogelijk dat de responderende patiënten in aanraking zijn gekomen met zorgprofessionals die niet bekend zijn met de GOMA en de patiënten daarom niet van het bestaan van de GOMA op de hoogte zijn gesteld. Het kan ook zijn dat kennisoverdracht in het geheel niet of weinig plaatsvindt, bijvoorbeeld omdat het nut daarvan niet inzichtelijk is. Voor een nader inzicht is verdergaand onderzoek nodig.

3.4 Afhandeling van een incident door de zorgverlener

3.4.1 De voorgelegde vragen

Het tweede thema dat is onderzocht betreft de afhandeling van een incident door de zorgverlener. Dit deel van het onderzoek raakt aan de aanbevelingen in Deel A van de GOMA.

De patiënten zijn 14 vragen voorgelegd die corresponderen met de aanbevelingen 1 tot en met 9 van de GOMA. Hun is gevraagd te vermelden of een bepaalde actie van toepassing is geweest op de eigen 'zaak'.[60] Voorts is alle patiënten gevraagd aan te geven welke actie zij het meest van belang vonden (en vinden) bij de afhandeling van een (mogelijke) medische fout.[61]

Aan de zorgprofessionals zijn met het oog op dezelfde aanbevelingen van de GOMA (maximaal)[62] 15 stellingen voorgelegd. Voorts is gevraagd te vermelden welke van de handelingen zijn gaan behoren tot de standaard procedure.[63] Aan de andere professionals - advocaten/juristen optredend voor ziekenhuizen en belangenbehartigers van patiënten - zijn 11 stellingen voorgelegd. De stellingen zien op de wijze waarop de

[58] Patiënten konden kiezen uit de alternatieven zeer veel, veel, niet veel/niet weinig, weinig, zeer weinig, weet niet.
[59] Hoofdstuk 2, par. 2.5.
[60] Tenzij de respondent niet was betrokken bij een incident; beantwoording van vraag 5 tot en met 22 werd dan overgeslagen.
[61] Patiënten konden meerdere opties aankruisen en een alternatief antwoord (anders, namelijk…, weet niet, geen) aankruisen.
[62] Afhankelijk van de functie (arts, klachtenfunctionaris, stafmedewerker, leidinggevende of jurist) kon een aantal vragen worden overgeslagen.
[63] Er zijn 12 handelingen voorgelegd. Ook kon een alternatief antwoord (anders, namelijk…, weet niet, geen) worden aangekruist.

zorgprofessional conform de aanbevelingen van de GOMA handelt als zich een incident heeft voorgedaan. Aan alle professionals is tot slot de vraag voorgelegd welk onderwerp naar hun mening het meest belangrijk is bij de behandeling van een incident. Er kon gekozen worden uit 11 onderwerpen corresponderend met de aanbevelingen 2 tot en met 9 van de GOMA.[64]

3.4.2 De bevindingen

- WELKE ACTIE IS VAN BELANG?

Uit de beantwoording van de vragen is gebleken dat een meerderheid van de aangeschreven en responderende *patiënten* een onderzoek naar de oorzaak van het medisch incident belangrijk vindt (aanbeveling 5 van de GOMA) evenals het beperken van de negatieve gevolgen (aanbeveling 4 van de GOMA). Ook hoog scoren het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen (aanbeveling 5 van de GOMA), de beschikking over het volledige medisch dossier (aanbeveling 2 en 7 van de GOMA), het aanbieden van verontschuldigingen (aanbeveling 8 van de GOMA) en de informatieverstrekking over de toedracht van het medisch incident (aanbeveling 6 van de GOMA).[65]

Een ruime meerderheid van de aangeschreven en responderende *professionals* vindt de beperking van de negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt het meest belangrijk (aanbeveling 4 van de GOMA), zo volgt uit de beantwoording van de vragen. Een ruime meerderheid vindt het ook belangrijk dat de zorgaanbieder onderzoek doet naar de oorzaak en de toedracht van het medisch incident en maatregelen treft om herhaling te voorkomen (aanbeveling 5 van de GOMA). Nog steeds een meerderheid vindt ook dat bij een medische fout excuses moeten worden aangeboden (aanbeveling 8 van de GOMA). Zodra de toedracht bekend is, moet de patiënt daarover worden geïnformeerd (aanbeveling 6 van de GOMA). Patiëntendossiers moeten informatie bevatten over de aard, de toedracht en de gevolgen van het medisch incident (aanbeveling 2 van de GOMA).[66]

In het rapport van Ruigrok | NetPanel worden deze bevindingen samengevat en wordt gesteld dat patiënten en professionals grotendeels dezelfde punten belangrijk vinden: het wegnemen van negatieve gevolgen voor de gezondheid (aanbeveling 4 van de GOMA), een onderzoek naar de oorzaak van het incident en het voorkomen van herhaling (aanbeveling 5 van de GOMA), het aanbieden van excuses (aanbeveling 8 van de GOMA) - wel met de beperking 'als er een *fout* is begaan' - en de beschikking over het volledige medisch dossier (aanbeveling 2 en 7 van de GOMA).[67]

Een opvallend verschil tussen de groepen respondenten is naar mijn mening dat 19% van de responderende patiënten belang hecht aan de aanbeveling dat zij binnen 24 uur na het ontdekken van een incident moeten worden geïnformeerd (de reden voor deze aanbeveling is het verkorten van de periode van onzekerheid, met een grotere kans op behoud of herstel

[64] Professionals konden meerdere opties aankruisen en een alternatief antwoord (anders, namelijk…, weet niet, geen) aankruisen.
[65] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 14.
[66] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 14.
[67] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 14.

van vertrouwen), terwijl 42% van de responderende professionals aangeeft dat dit punt voor hen van belang is (aanbeveling 3 van de GOMA).[68] Uiteraard is het belang van de andere punten daarop van invloed - er konden vijf items worden gekozen - maar kennelijk is toch sprake van een andere beleving op dit punt. Voor een nader inzicht is verdergaand onderzoek nodig.

- WELKE ACTIE WORDT NAGEKOMEN?

Uit de beantwoording van de vragen is gebleken dat de responderende *patiënten* over alle punten, en dus ook over de voor hen meest belangrijke punten, negatief gestemd zijn als het gaat om nakoming van de zorgverlener van deze punten. Met name op het punt van de informatievoorziening binnen 24 uur, de informatievoorziening over de aard en toedracht van een incident en de informatievoorziening betreffende de klachtmogelijkheden (aanbeveling 3, 6 en 9 van de GOMA), het beperken van de negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt (aanbeveling 4 van de GOMA) en het aanbieden van verontschuldigingen (aanbeveling 8 van de GOMA) scoort de zorgverlener in de ogen van de responderende patiënten slecht. Worden deze bevindingen in relatie gebracht met de acties die diezelfde patiënten het meest belangrijk vinden, dan wordt het slechts gescoord op het item 'wegnemen van negatieve gevolgen voor mijn gezondheid' (aanbeveling 4 van de GOMA).[69]

De responderende *zorgverleners* zelf - met dien verstande dat slechts een (zeer) beperkt aantal zorgprofessionals heeft deelgenomen (13, waarvan 3 arts) aan het onderzoek en de resultaten dus *zeer indicatief* van aard zijn - menen dat zij altijd of vaak rekening houden met de aan hen voorgelegde acties. Zo wordt in 100% van de gevallen duidelijke informatie gegeven over onderzoeken en behandelingen en wordt in 100% van de gevallen het patiëntendossier bijgewerkt (aanbeveling 1 en 2 van de GOMA), zo volgt uit de beantwoording van de vragen. Een meerderheid biedt zijn verontschuldigingen aan bij een fout (aanbeveling 8 van de GOMA). Iets minder goed scoren de informatie over de toedracht van een incident (aanbeveling 6 van de GOMA), onderzoek naar de oorzaak naar het medisch incident (aanbeveling 5 van de GOMA), het toegeven van een fout (aanbeveling 8 van de GOMA), het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen (aanbeveling 5 van de GOMA) en het nemen van stappen om de negatieve gevolgen voor de patiënt weg te nemen (aanbeveling 4 van de GOMA). Vooral dit laatste is in disbalans met hetgeen een meerderheid van de professionals als meest belangrijke item heeft aangemerkt.

De responderende *professionals*, niet zijnde zorgprofessionals, ervaren de nakoming van de aanbevelingen anders - (beduidend) negatiever - dan de zorgprofessionals. Niet goed scoren het aanbieden van excuses (aanbeveling 8 van de GOMA), het informeren van de patiënt over de toedracht en de notitie in het patiëntendossier over de aard, toedracht en mogelijke gevolgen van een medisch incident (aanbeveling 2 en 7 van de GOMA). Dit zijn echter voor zowel de ondervraagde groep patiënten als de ondervraagde groep professionals, niet zijnde zorgprofessionals, (zeer) belangrijke items. Wel wordt volgens de responderende

---

[68] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 14.
[69] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 15.

professionals in een meerderheid van de gevallen het volledige medisch dossier overgelegd (aanbeveling 6 van de GOMA), ook een voor de patiënt belangrijk punt.[70]

Opvallend is mijns inziens het verschil in ervaring op het punt van (de verwachtingen ten aanzien van) de nakoming van belangrijke acties tussen de patiënt en de belangenbehartiger enerzijds en de zorgverlener anderzijds, met dien verstande dat het wat de zorgverleners betreft om een indicatie gaat. Dit roept vragen op. Uit het onderzoek van Ruigrok | NetPanel blijkt dat de 13 zorgprofessionals, waaronder de 3 medici, als meest belangrijke reden voor het niet nakomen van een aanbeveling 'het niet dragen van de verantwoordelijkheid daarvoor' hebben genoemd.[71] Het aantal respondenten is echter te klein om hier van een algemeen standpunt te spreken. Voor een nader inzicht is verdergaand onderzoek nodig.

3.5 Behandeling van een verzoek tot schadevergoeding

3.5.1 De voorgelegde vragen

Het derde thema dat is onderzocht betreft de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding. Dit deel van het onderzoek raakt aan de aanbevelingen in Deel B van de GOMA.

De patiënten zijn 17 vragen voorgelegd die corresponderen met de aanbevelingen 10 tot en met 19 van de GOMA. Hun is gevraagd aan te geven of een bepaalde actie van toepassing is geweest op de eigen 'zaak'. Voorts is alle patiënten gevraagd aan te geven welke actie zij het meest van belang vonden bij de afhandeling van een (eventuele) schadevergoeding.[72] Aan de patiënten is tot slot gevraagd of de aansprakelijkheid in hun zaak is erkend en of een schadevergoeding is ontvangen.

Aan de professionals (dit betreft de zorgprofessionals, belangenbehartigers en beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars) zijn in hetzelfde kader drie vragen voorgelegd evenals (maximaal)[73] 21 stellingen.

3.5.2 De bevindingen

- WELKE ACTIE IS VAN BELANG?

Uit de beantwoording van de vragen is gebleken dat de responderende *patiënten* het vooral belangrijk vinden dat de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar aandacht heeft voor de zienswijze en de gevoelens van de patiënt. Ook belangrijk vinden zij de beschrijving van de medische en feitelijke gevolgen dat het incident voor hem of haar heeft gehad. Ik wil dit interpreteren als het serieus nemen van de patiënt waar het de impact van het medisch incident op zijn leven betreft (geen aparte aanbeveling). Items die daarop volgen zijn het innemen van een standpunt door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar binnen een

[70] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 17.
[71] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 16.
[72] Patiënten konden meerdere opties aankruisen en een alternatief antwoord (anders, namelijk…, weet niet, geen) aankruisen.
[73] Afhankelijk van de hoedanigheid van de professional hoefde een aantal vragen niet te worden beantwoord.

termijn van drie maanden (aanbeveling 15 van de GOMA), het geven van een toelichting door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar op diens standpunt (aanbeveling 16 van de GOMA) en de aandacht van de belangenbehartiger voor de gevoelens van de patiënt (geen aparte aanbeveling).[74]

Opvallend is dat het verstrekken van medische en feitelijke gegevens aan de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar (aanbeveling 14 van de GOMA) het minst belangrijk wordt geacht. De reden hiervoor is niet terug te vinden in het rapport van Ruigrok | NetPanel. Oorzaken kunnen zijn gelegen in het recht op privacy en de angst voor een inbreuk daarop, dat de noodzaak voor het onderbouwen van een standpunt door 'de andere partij' onvoldoende wordt ingezien, of dat patiënten informatieverstrekking juist vanzelfsprekend vinden (zie ook hierna). Voor een nader inzicht is verdergaand onderzoek nodig.

- WELKE ACTIE WORDT NAGEKOMEN?

Uit de beantwoording van de vragen is voorts gebleken dat volgens de responderende patiënten in een ruime meerderheid van de gevallen de zorgaanbieder wordt gemachtigd om relevante medische en feitelijke gegevens uit het medisch dossier aan de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar door te zenden (aanbeveling 14 van de GOMA). Dit lijkt in tegenspraak met het belang dat daaraan door diezelfde groep patiënten wordt gehecht, maar is kennelijk in de meeste gevallen (voor hen) geen probleem of vanzelfsprekend. Mogelijk is dit zelfs een verklaring voor het geringe belang dat eraan wordt gehecht (zie hierboven). Een meerderheid van de responderende patiënten is ook van mening dat de belangenbehartiger de medische en feitelijke gevolgen in kaart brengt, de relevante gegevens verstrekt aan de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar en de aansprakelijkstelling onderbouwt (aanbeveling 12 en 14 van de GOMA).[75] Dit komt overeen met de ervaring van de ondervraagde professionals aan de andere zijde (beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en juristen in ziekenhuizen).[76]

Minder tevreden zijn de ondervraagde patiënten over de informatievoorziening van de belangenbehartiger ten aanzien van het verloop van de procedure, de duur en de kosten (aanbeveling 10 van de GOMA). Ook de aandacht voor de zienswijze en de gevoelens van de patiënt - ik noem dit een empathische benadering - laat te wensen over (geen aparte aanbeveling), terwijl dit voor de patiënt een zeer belangrijk punt is. Het eerste punt wordt anders ervaren door de ondervraagde *belangenbehartigers* zelf; in een meerderheid van de gevallen wordt in hun optiek informatie verstrekt over het verloop van de procedure en de duur ervan. In een minderheid van de gevallen wordt informatie over de kosten verstrekt.[77]

Wat het gedrag van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar betreft, toont het onderzoek dat volgens de responderende *patiënten* in minder dan de helft van de gevallen de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar binnen drie maanden een standpunt inneemt over de aansprakelijkheid en in minder dan de helft van de gevallen uitlegt om welke redenen hij

[74] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 19.
[75] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 20.
[76] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 21.
[77] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 21.

geen standpunt kan innemen binnen de aanbevolen termijn van drie maanden (aanbeveling 15 van de GOMA). Een toelichting op welk deel van de vordering wordt erkend en welk deel niet ontbreekt volgens deze groep van patiënten in veel gevallen (aanbeveling 16 van de GOMA). Er is weinig aandacht voor gevoelens van de ondervraagde patiënt (geen aparte aanbeveling), terwijl dit een punt is waaraan veel belang wordt gehecht.[78]

De responderende patiënten blijken wel tevreden over de beginfase; de zorgaanbieder geeft vlot aan dat de zaak wordt doorgestuurd naar de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar maakt zich binnen twee weken bekend (aanbeveling 11 en 13 van de GOMA).[79] Dit laatste wordt ondersteund door de mening van de responderende *belangenbehartigers*. Dit geldt helaas ook voor de drie maanden termijn; deze termijn wordt volgens die groep van belangenbehartigers in een ruime minderheid van de gevallen niet gehaald en doorgaans wordt niet aangegeven wanneer het standpunt dan wel kan worden ingenomen. De ondervraagde belangenbehartigers zijn wel tevreden over de mate van onderbouwing van het standpunt over de aansprakelijkheid en de mate waarin een stuk wordt erkend, niet erkend en nader onderzoek nodig is. Dit is dus in tegenspraak met hetgeen de patiënt ervaart.[80] Mogelijk ligt daaraan de verwachting op het honoreren van de vordering ten grondslag, maar daarvoor zou nader onderzoek nodig zijn.

Uit de beantwoording van de vragen is tot slot gebleken dat de responderende *professionals* menen dat zij in algemene zin goed met hun wederpartij communiceren, doch dat dit door de ander niet zo wordt ervaren. Dit geldt voor zowel de belangenbehartiger als de zorgaanbieder/beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.[81] Een opvallend punt en doet de vraag rijzen wat daarvan de oorzaak is. Een voor de hand liggend antwoord is een gebrek aan inzicht in de behoefte van de ander en/of een gebrek aan zelfkennis. Nader onderzoek zou dit echter moeten bevestigen.

3.6 Conclusies kwantitatief onderzoek

Ruigrok | NetPanel heeft in het rapport algemene conclusies getrokken naar aanleiding van de beantwoording van de vragen door de aangeschreven (het betrof geen steekproef) patiënten en de professionals.[82] Puntsgewijs zijn de conclusies de volgende:

- De bekendheid van de GOMA is een stuk lager onder patiënten (24%) dan onder professionals (99%). Inhoudelijk zijn professionals ook beter op de hoogte van de GOMA.
- Patiënten en professionals zijn over het algemeen eensgezind als het gaat om de afhandeling van een mogelijk medisch incident. Men vindt het belangrijk dat alle

[78] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 22.
[79] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 22.
[80] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 23.
[81] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 24.
[82] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 4 en 5.

nodige stappen worden ondernomen om de negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt weg te nemen of te beperken. Ook vindt men het zeer van belang dat de oorzaak van het incident wordt onderzocht en dat herhaling wordt voorkomen.

- In de praktijk blijkt het een en ander nog niet goed te verlopen in de ogen van de patiënt. Hierbij gaat het voornamelijk om de informatievoorziening door de zorgverlener, om de mate waarin de zorgverlener rekening houdt met (de gezondheid van) de patiënt en om het gebrek aan verontschuldigingen van de zorgverlener. De responderende ziekenhuisprofessionals zijn het hier niet mee eens en geven aan de patiënt vaak of altijd te voorzien van informatie (als zij hiervoor verantwoordelijk zijn). Hoewel de professionals, niet zijnde zorgprofessionals, minder negatief zijn dan patiënten over de gang van zaken bij de zorgverlener, zien zij ook dat (belangrijke) zaken niet gebruikelijk zijn na een medisch incident.
- Bij de afhandeling van de aanvraag voor een schadevergoeding vinden patiënten het voornamelijk belangrijk dat de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar aandacht heeft voor de zienswijze en de gevoelens van de patiënt. Daarnaast vindt de patiënt het van belang dat hij zelf (of de belangenbehartiger) de medische en feitelijke gevolgen van het medische incident beschrijft.
- Een ruime meerderheid van de responderende patiënten vindt dat zij of de belangenbehartiger de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar voldoende voorziet van belangrijke informatie met betrekking tot het medische incident en de aansprakelijkstelling. Patiënten zijn tot op bepaalde hoogte tevreden met hoe zij van informatie worden voorzien door hun belangenbehartiger. Patiënten zijn minder te spreken over hoe zij worden geïnformeerd door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Hierbij gaat het voornamelijk om voor de patiënt belangrijke zaken als een uitspraak binnen drie maanden en de uitleg over welk deel van de vordering wordt erkend, welk deel wordt afgewezen en welk deel nader onderzocht moet worden.
- De meerderheid van de belangenbehartigers, juristen van ziekenhuizen en beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars geven aan de patiënt voldoende te voorzien van informatie die nodig is voor de procedure. Minder dan de helft van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en juristen in ziekenhuizen vindt dat de patiënt of zijn belangenbehartiger hen voldoende informeert.[83] Hoewel het grootste deel van de belangenbehartigers positief is over de afhandeling door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar, vindt de groep ook dat regelmatig het standpunt over de aansprakelijkheid niet binnen de termijn van drie maanden bekend is en dat daarvoor vaak geen reden wordt gegeven.
- Een ander aandachtspunt is de communicatie tussen (alle) professionals. Hoewel men van zichzelf vindt dat men adequaat en open communiceert, vinden verschillende professionals dat collega's dit niet doen.

Toegespitst op de aanbevelingen van de GOMA kan naar mijn mening aan de conclusies van Ruigrok | NetPanel de algemene conclusie worden verbonden dat volgens het kwantitatieve onderzoek de voor de responderende patiënt (zeer) belangrijk geachte aanbevelingen 2, 4, 5, 6, en 8 van de GOMA niet consequent worden nagekomen, althans

[83] Ik ga ervan uit dat dit betrekking heeft op de gevolgen die het incident heeft gehad en de hoogte van de schade.

dat de ervaring van de ondervraagde patiënten op deze punten afwijkt van de ervaring van de ondervraagde zorgprofessionals. De discrepantie tussen de ervaringen is opvallend.

Aan de conclusies van Ruigrok | NetPanel kan naar mijn mening voorts de conclusie worden verbonden dat in het kader van de schadeafwikkeling de aanbevelingen 15 en 16 van de GOMA door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar niet worden nagekomen, althans dat de ervaring van de ondervraagde patiënten op deze punten afwijkt van die van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars. De discrepantie tussen de ervaringen is opvallend.
De belangenbehartiger blijkt voorts aanbeveling 10 van de GOMA, het informeren over de kosten, niet voldoende na te komen. Dit laatste wordt door de ondervraagde belangenbehartigers wel herkend.

Aan de conclusies kan naar mijn mening worden toegevoegd dat de ondervraagde patiënten (meer) behoefte hebben aan erkenning van hun positie en behoefte hebben aan een empathische benadering (nog geen aparte aanbeveling) gedurende het schadeafwikkelingstraject. Dit geldt zowel ten opzichte van de belangenbehartiger als de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.

HOOFDSTUK 4 ANALYSE VAN DE BEVINDINGEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een analyse van de onderzoeksbevindingen van Ruigrok | NetPanel in relatie tot eerder kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Het doel is een beeld te schetsen van de plaats c.q. duiding van de onderzoeksbevindingen van Ruigrok | NetPanel ten opzichte van het geheel van meningen en 'oordelen' over de wijze waarop wordt omgegaan met een medisch incident. Conform de wijze waarop het onderzoek door Ruigrok | NetPanel is opgesteld, wordt eerst ingegaan op de afhandeling van een incident door de zorgverlener (par. 4.2) en daarna op de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding (par. 4.3). Dit sluit aan bij het feit dat niet elk incident betekent dat er een fout is gemaakt en dat er een traject van schadeafwikkeling volgt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie (par. 4.4).

4.2 Afhandeling van een incident door de zorgverlener

De patiënt, geconfronteerd met een incident, zal zich in eerste instantie afvragen wat hij heeft, hoe het is gekomen, wat de (lichamelijke en/of geestelijke) gevolgen voor hem zijn en of het nog te verhelpen is.[84] Dit maakt dat de patiënt behoefte heeft aan *informatie,*[85] zo leert nationaal en internationaal onderzoek naar de behoeften van slachtoffers.[86] Informatie kan de patiënt verkrijgen via de media, zoals internet, social media, televisie en radio, of door het aanvragen van een second opinion. Belangrijker is echter dat de patiënt de benodigde informatie van de zorgverlener verkrijgt, mede vanwege de morele steun die van een persoonlijk gesprek uitgaat of zou moeten gaan. Dit volgt evenzeer uit nationaal en

---

[84] Zie ook S. van Egmond e.a., 'Sterke verhalen uit het ziekenhuis. Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg', Rathenau Instituut, Den Haag 2014, p. p. 70-74

[85] 'Informatie' kan worden omschreven als omgevingsstimuli die ertoe bijdragen dat de patiënt zich een adequaat beeld kan vormen van de situatie waarin hij onbedoeld is terecht gekomen, zie R.W.M. Giard, Aansprakelijkheid van artsen (diss. Leiden), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 132.

[86] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 28 en 50; S. Kruikemeier e.a., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL 2009, p. 8; A.J. Akkermans en K.A.P.C. van Wees, 'Het letselschadeproces in therapeutisch perspectief', *TVP* 2007, nr. 4, p. 103-118; K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, R.M.E. Huver en N.A. Elbers, 'Meer dan geld alleen. Resultaten van een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht', *AA* 56 (2007) 11, p. 852-861 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 10-12 met verwijzing naar internationale literatuur, waaronder C. Duclos e.a., 'Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events', *International Journal for Quality in Health Care* 2005, vol. 17, no. 6, p. 479-486 en E. O'Connor e.a., 'Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review', *International Journal for Quality in Health Care* 2010, vol. 22, no. 5, p. 371-379. Zie voor dezelfde conclusie J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013, p. 24 evenals Zie ook S. van Egmond e.a., 'Sterke verhalen uit het ziekenhuis. Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg', Rathenau Instituut, Den Haag 2014, p. p. 70-74.

internationaal onderzoek.[87] Bovendien willen patiënten dat, als '*het fout is gegaan'*, dit door de arts persoonlijk wordt toegegeven (zonder dat overigens daarmee hoeft vast te staan dat de arts het fout heeft *gedaan*).[88] Achterwege laten van informatie biedt de arts geen soelaas: de ervaring leert dat het niet zozeer een (mogelijke) fout van de arts is die de patiënt boos maakt, als wel de manier waarop de arts na het incident met informatieverstrekking is omgegaan.[89] Informatie, steun en eerlijkheid zijn dus cruciaal en het uitblijven ervan vormt veelal het begin van een situatie waarin de arts niet langer op begrip en vertrouwen van de patiënt kan rekenen.[90] Is dit laatste het geval, dan zal de behoefte van de patiënt gelegen zijn in het ter verantwoording roepen van de arts door hem, al dan niet openlijk, te laten 'boeten' voor wat hij heeft aangericht. Voorts ontstaat de behoefte om andere patiënten niet 'ook het slachtoffer te laten worden van deze arts'.[91] De patiënt kan daarnaast - doch niet zonder meer los van de andere behoeften - de behoefte voelen hersteld te worden in de situatie zoals deze zou zijn zonder de (mogelijke) fout, bijvoorbeeld door het ondergaan van een hersteloperatie.[92] Is herstel niet mogelijk en wordt zijn financiële bestaanszekerheid bedreigd, dan zal de patiënt een tegemoetkoming willen voor het ervaren gevoel van onzekerheid, verdriet, frustratie, boosheid en verlies van levensvreugde en financieel

---

[87] S. Kruikemeier e.a., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL 2009, p. 8. Zie ook J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 10-12 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst, 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013/1966. Zie voorts R. Iedema e.a., 'Patients' and family members' views on how clinicians enact and how they should enact incident disclosure: "the 100 patient stories" qualitative study', *BMJ* 2011;343:d4423 aangaande de wensen van patiënten en naasten over de wijze van informatie en een aantal effectieve beginselen voor open communicatie.

[88] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 29 en 50; J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 10-12 en 79; J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst, 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013/1966 en J. Legemaate, 'Recht op informatie over fouten van artsen', *TVP* 2007, nr. 1, p. 1-4. Zie voor dezelfde conclusie J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013, p. 24. Zie voor een voorbeeld RTG Amsterdam 12 april 2011, *ECLI:NL:*TGZRAMS:2011:YG1155.

[89] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 28 en 50. Zie ook J.A.M. Schouten, Anamnese en advies, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2004, p. 118 e.v.; J. Legemaate, 'Recht op informatie over fouten van artsen', *TVP* 2007, nr. 1, p. 1-4; KNMG, Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?, april 2007 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 14-15 en 141.

[90] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 50. Zie ook R.W.M. Giard, Aansprakelijkheid van artsen (diss. Leiden), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 73 en 74; J. Legemaate, 'Recht op informatie over fouten van artsen', *TVP* 2007, nr. 1, p. 1-4; KNMG, Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?, april 2007; S. Kruikemeier e.a., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL 2009, p. 55 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 79-80. Zie voor een voorbeeld RTG Amsterdam 12 april 2011, *ECLI:NL:*TGZRAMS:2011:YG1155.

[91] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 28 en 50; R.W.M. Giard, Aansprakelijkheid van artsen (diss. Leiden), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 74; J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 92-93 en 102 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst, 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013/1966.

[92] S. Kruikemeier e.a., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL 2009, p. 31. Zie voor dezelfde conclusie J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013, p. 24.

gecompenseerd willen worden voor zijn verlies van inkomen en de door hem gemaakte kosten, zo volgt uit onderzoek.[93]

Worden de bevindingen van het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel op dit punt bezien, dan kan worden vastgesteld dat de in dat kader ondervraagde patiënten evenzeer te kennen hebben gegeven belang te hechten aan informatie. Deze informatiebehoefte ziet met name op de oorzaak en de toedracht van het incident; wat is er gebeurd en hoe kon dat? Dit impliceert verslaglegging van het incident in het medisch dossier en een onderzoek door de zorgverlener, dat mede het doel heeft om herhaling te voorkomen, een ander punt van belang, zo leren de antwoorden van de ondervraagde patiënten. Ook blijkt uit het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel dat de informatie bij voorkeur van de zorgverlener moet uitgaan en dat hij daarbij zijn excuses aanbiedt voor de ontstane schade (zonder dat erkend hoeft te worden dat aan de schade een fout ten grondslag ligt). Evenzeer blijkt uit het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel van de behoefte van de ondervraagde patiënten om in fysieke zin hersteld te worden.[94] De GOMA poogt met aanbevelingen 2, 4, 5, 6 en 8 tegemoet te komen aan deze behoefte. Desalniettemin bleken de ondervraagde patiënten negatief gestemd als het gaat om nakoming van de zorgverlener van deze punten.[95] Hiermee wordt echter niets nieuws vastgesteld, hetgeen als volgt wordt toegelicht.

Ander onderzoek toont dat de zorgverlener verschillende drempels en vooral angst ervaart als het gaat om het expliciet maken van een incident.[96] Het blijft voor de zorgverlener ook nog steeds onduidelijk wat hij mag zeggen met het oog op het bepaalde in zijn polisvoorwaarden (erkenning van aansprakelijkheid mag niet, wat in overeenstemming is met artikel 7:953 BW).[97] Dit moge voor juristen duidelijk zijn, maar het onderscheid tussen het

[93] R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007, p. 29 en 53; K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, R.M.E. Huver en N.A. Elbers, 'Meer dan geld alleen. Resultaten van een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht', *AA* 56 (2007) 11, p. 852-861; R.W.M. Giard, Aansprakelijkheid van artsen (diss. Leiden), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005, p. 74 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 10-12. Zie voor dezelfde conclusie J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013, p. 24.

[94] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 14.

[95] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 15.

[96] Zie over de invloed op de arts bijvoorbeeld CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Dit nooit meer, Utrecht 2009 en L. de Vries, 'Dit nooit meer, maar hoe dan?', *MC* 25 februari 2010 (65), nr. 8, p. 350-351. Zie ook J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, 'Medische aansprakelijkheid: over grote problemen haalbare verbeteringen en overschatte revoluties', Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013, p. 23 over de impact op de arts wanneer hij een fout blijkt te hebben gemaakt, evenals J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 13, 19-23 met verwijzing naar internationale literatuur, waaronder G.E. Linthorst e.a., 'What contributes to internists' willingness to disclose medical errors?', *The Netherlands Journal of Medicine (special article)*, juni 2012, vol. 70, no. 5, p. 242-248; R. Iedema, 'What prevents incident disclosure and what can be done to promote it?', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2011, vol. 3, no. 9, p. 409-417 en L.C. Kaldjian, 'An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors', *Journal of General Internal Medicine* 2006, vol. 21, no. 9, p. 942-948. Zie tevens A. Pinto e.a., 'Surgical complications and their implications for surgeons' well being', *British Journal of Surgery* 2013; 100:1748-1755.

[97] In dat verband wordt opgemerkt dat Centramed BA in mei 2014 aan de Letselschade Raad te kennen heeft gegeven de polisvoorwaarden zo aan te passen dat het voor de zorgverleners duidelijk is dat open communicatie gewenst is.

erkennen van aansprakelijkheid en het toegeven van een fout is voor een medicus lastiger te maken.[98] Het lijkt dan ook aannemelijk dat de zorgverlener geneigd zal zijn het incident te ontkennen en dat hij tegen die achtergrond onderzoek, informatie en het wegnemen van de negatieve gevolgen niet nodig acht.[99] Hierin zou een verklaring gevonden kunnen worden voor de antwoorden van de in het kader van het onderzoek van Ruigrok | NetPanel ondervraagde zorgprofessionals en andere professionals: informatie over de toedracht van een incident, onderzoek naar de oorzaak naar het medisch incident, het toegeven van een fout, het treffen van maatregelen om herhaling te voorkomen en het nemen van stappen om de negatieve gevolgen voor de patiënt weg te nemen scoren niet goed.[100]

Concluderend kan dus worden vastgesteld dat de onderzoeken tezamen - en vastgesteld hebbende dat het onderzoek van Ruigrok | NetPanel op hoofdlijnen niet afwijkend is - een beeld opleveren van onvoldoende naleving van de aanbevelingen 2, 4, 5, 6 en 8 van de GOMA. Aandacht behoeft vooral het inzicht in en de openheid over de aard en toedracht van een incident (en daaraan verbonden acties zoals het wegnemen van negatieve gevolgen voor de patiënt), met daarbij een excuus voor het feit dat schade is ontstaan. Keer op keer wordt duidelijk dat patiënten daaraan veel waarde hechten.

4.3 Behandeling van een verzoek tot schadevergoeding

4.3.1 Opmerkingen vooraf

Een incident impliceert de aanwezigheid van zorggerelateerde schade of de kans op het ontstaan van zorggerelateerde schade. De gevolgschade kan zich uiten als vermogensschade en/of ander nadeel (immateriële schade). Heeft de schade zich gemanifesteerd, dan is één van de behoeften van de patiënt het verkrijgen van een vergoeding ter compensatie van die schade. Doorgaans wordt het civiele aansprakelijkheidsrecht gebruikt om de vergoeding te realiseren. Het civiele aansprakelijkheidsrecht biedt de gelaedeerde de mogelijkheid van vergoeding van schade door een ander en daarmee tot het handhaven van de vermogenspositie zoals deze was voorafgaand aan de gebeurtenis die schade veroorzaakte. Voor vergoeding van schade door een ander is echter wel de aanwezigheid van 'een goede grond' voor afwenteling van de schade op die ander vereist. Zo een goede grond is '*verwijtbaar onjuist gedrag*'. Bekeken vanuit het perspectief van de patiënt, heeft deze dus de mogelijkheid om zijn schade op de zorgverlener af te wentelen, indien de zorgverlener verwijtbaar onjuist gedrag heeft vertoond

---

[98] Zie ook J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 24, met verwijzing naar Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008, p. 54 en Tweede externe onderzoekscommissie MST, Heel de patiënt - Het handelen van de beroepsmatig betrokkenen na het vertrek van een disfunctionerende medisch specialist, 2010, p. 57.

[99] Dat niet informeren nog praktijk is - veelal uit angst - blijkt uit het VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders, Wat geld(t) in de zorg?, derde editie oktober 2011, p. 10. Zie in gelijke zin J.J.M. van Dijk en F. van Mierlo, Leemten in de slachtofferhulpverlening: Resultaten van een verkennend, kwalitatief onderzoek onder verschillende categorieën gedupeerden van ingrijpende gebeurtenissen, Tilburg 2009, p. 114 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 15-18 met verwijzing naar internationale literatuur waaronder E. O'Connor e.a., 'Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review', *International Journal for Quality in Health Care* 2010, vol. 22, no. 5, p. 371-379.

[100] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 16 en 17.

(een toerekenbare tekortkoming of onrechtmatige daad) en dat gedrag schade bij de patiënt heeft veroorzaakt.[101] Ter beantwoording van de vraag of de zorgverlener verwijtbaar onjuist heeft gehandeld, wordt bezien hoe een redelijk hulpverlener in dezelfde situatie zou hebben gehandeld. Handelde de zorgverlener niet op de wijze waarop een redelijk hulpverlener dat zou doen, dan is sprake van verwijtbaar onjuist gedrag en ontstaat voor de patiënt in beginsel het recht op vergoeding van schade. Voor de zorgverlener ontstaat de plicht om de patiënt in diens oude toestand te brengen of om de schade te compenseren, indien herstel niet mogelijk is.[102]

Een belangrijk gegeven is dat ingevolge de hoofdregel van artikel 150 Rv in samenhang gelezen met het materiële recht - artikel 6:74 BW of artikel 6:162 BW - de patiënt moet stellen en, bij betwisting, moet bewijzen dat de zorgverlener is tekortgeschoten of onrechtmatig heeft gehandeld.[103] De patiënt beroept zich immers op het rechtsgevolg 'schadevergoeding' van de door hem gestelde tekortkoming, waarvoor hij de feiten,[104] en omstandigheden heeft aan te dragen.[105] Op de patiënt rust ingevolge diezelfde hoofdregel evenzeer de bewijslast van het condicio sine qua non-verband tussen de normschending en de schade; hij moet stellen en, bij betwisting, bewijzen dat de schade zonder de normschending door de zorgverlener niet was ingetreden.[106] Tot slot dient de patiënt te stellen en, bij betwisting, te bewijzen dat hij schade heeft geleden en wat de omvang van die schade is.[107] Deze bewijslastverdeling heeft invloed op de positie die de patiënt inneemt bij het proces om het verhaal van schade te effectueren, zoals hierna nog zal blijken. Daar doet in beginsel niet aan af dat op de zorgverlener een verzwaarde motiveringsplicht rust.[108]

---

[101] Enige nuancering is op zijn plaats; een bepaalde mate van verwijtbaarheid is niet altijd een noodzakelijke voorwaarde voor afwenteling van schade. Aansprakelijkheid kan ook aan de orde zijn wanneer een persoon ingevolge de wet aansprakelijk is voor een gebeurtenis louter door het hebben van een bepaalde hoedanigheid. Denk aan de kwalitatieve aansprakelijkheden.

[102] R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013, hoofdstuk 2, par. 2.4.

[103] Artikel 150 Rv is zo geredigeerd dat eruit volgt dat eerst voldoende moet worden gesteld, voordat aan bewijzen kan worden toegekomen. Zie in het algemeen over artikel 150 Rv Asser Procesrecht/ Asser 3/287-288. Zie ook R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2013, hoofdstuk 4, par. 4.2.2.

[104] 'Feiten' betreffen rechtsfeiten, een feit waaraan een rechtsgevolg wordt verbonden. Zie nader over het begrip 'feit' Asser Procesrecht/Asser 3 2013/30. Feiten van algemene bekendheid en algemene ervaringsregels hoeven niet te worden bewezen, aldus artikel 149, tweede lid, Rv. Zie uitvoeriger I. Giesen, Bewijs en aansprakelijkheid. Een rechtsvergelijkend onderzoek naar de bewijslast, de bewijsvoeringslast, het bewijsrisico en de bewijsrisico-omkering in het aansprakelijkheidsrecht (diss. Tilburg), Den Haag: Boom Juridische Uitgeverij 2001, p. 28 e.v. Zie ook W.D.H. Asser, Bewijslastverdeling, Deventer: Kluwer 2004, p. 36-37.

[105] Vaste jurisprudentie sinds HR 20 november 1987, *NJ* 1988, 500 met nt. W.L. Haardt (Timmer/Deutman). Zie ook HR 18 februari 1994, *NJ* 1994, 368 (Schepers/De Bruijn); HR 7 september 2001, *NJ* 2001, 615; HR 20 april 2007, *VR* 2007, 133, met nt. G.M. van Wassenaer en HR 15 juni 2007, *NJ* 2007, 335.

[106] HR 20 april 2007, *VR* 2007, 133, met nt. G.M. van Wassenaer; HR 15 juni 2007, *NJ* 2007, 335; HR 7 december 2007, *NJ* 2007, 644 (foetale nood) en HR 19 maart 2004, *NJ* 2004, 307, met nt. W.D.H. Asser (Seresta-arrest). Zie in het algemeen over artikel 150 Rv Asser Procesrecht/Asser 3/287-288.

[107] HR 13 december 2002, *NJ* 2003, 212 (B./Olifiers). Zie ook HR 15 mei 1998, *NJ* 1998, 624; HR 14 januari 2000, *NJ* 2000, 437, met nt. C.J.H. Brunner en Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 9 juli 2013, *ECLI:NL*:GHARL:2013:4977.

[108] Zie over de verzwaarde motiveringsplicht HR 20 november 1987, *NJ* 1988, 500, met nt. W.L. Haardt (Timmer/Deutman). Zie voor literatuur Asser Procesrecht/Asser 3 2013/306-309 en R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam) Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013, hoofdstuk 4, par. 4.2.2.3.

Opgemerkt wordt dat de verzwaarde motiveringsplicht uitsluitend dient tot het verzachten van het bewijsrisico van - in dit geval - de patiënt.[109]

4.3.2 Verhaal van schade in de praktijk

De praktijk betreffende het verhaal van zorggerelateerde schade laat zich verdelen in twee 'gangen': het buitengerechtelijk traject en de gerechtelijke procedure. Deel B van de GOMA (aanbevelingen 10 tot en met 19) ziet op het buitengerechtelijk traject. De gerechtelijke procedure komt in dit onderzoek dan ook niet aan de orde.

In de buitengerechtelijke fase drukken vooral de belangenbehartiger van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgverlener een belangrijke stempel op het proces. De patiënt en de zorgverlener treden terug, maar vooral de patiënt blijft afhankelijk van de mate van professionaliteit en deskundigheid van zijn belangenbehartiger en van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Dit heeft te maken met de bewijslastverdeling; de patiënt is 'aan zet'.

Wat de *belangenbehartiger* betreft is de afhankelijkheid van de patiënt gelegen in het feit dat op de belangenbehartiger de plicht rust het bewijs te vergaren om de tekortkoming, het condicio sine qua non-verband en de omvang van de schade te onderbouwen. Deze taken vallen onder de algemene plicht zich als goed opdrachtnemer te gedragen.[110] Het is ook zijn plicht om de patiënt te adviseren over de (mogelijke) aansprakelijkheid, de haalbaarheid van een oplossing buiten rechte en de zwakheden van de zaak. De belangenbehartiger heeft bovendien invloed op het tijdspad en de kosten en hij bepaalt het plan van aanpak. Is het duidelijk dat er een aansprakelijke zorgverlener is, dan schrijft en verstuurt de belangenbehartiger de aansprakelijkstelling. Daarna zal de belangenbehartiger in overleg treden met de zorgverlener,[111] of - in de meeste gevallen - met de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar en de door die verzekeraar ingeschakelde schade-expert.

Wat de *beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar* betreft, is de afhankelijkheid van de patiënt gelegen in het feit dat de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar doorgaans degene is die zich een mening vormt over de aansprakelijkheid van zijn verzekerde, de zorgverlener. Het is de taak van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar om het aangedragen bewijs ter zake de tekortkoming van de zorgverlener, het condicio sine qua non-verband en de schade te beoordelen.

De belangenbehartiger en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar zullen vervolgens op basis van de (interpretatie van) de bewijsstukken, zoals het patiëntendossier, debatteren over de aansprakelijkheid, het condicio sine qua non-verband en de te vergoeden schade.

109 Zie ook Asser Procesrecht/Asser 3 2013/307.

110 Is tussen de belangenbehartiger en de patiënt een overeenkomst gesloten dan is dit een overeenkomst van opdracht en vloeit de licht voort uit artikel 7:401 BW. Hoewel dit niet met zoveel woorden in de wettekst betreffende de verzekeringsovereenkomst is opgenomen, geldt ook voor de rechtsbijstandverzekeraar dat hij dient te handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend rechtshulpverlener, zie bijvoorbeeld Rechtbank Amsterdam 10 oktober 2007, *ECLI:NL:*RBAMS:2007:BB7164; Rechtbank Amsterdam 30 januari 2008, *ECLI:NL:*RBAMS:2008:BD7591; Rechtbank Amsterdam 18 juni 2008, *ECLI:NL:*RBAMS:2008:BD6618 en Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 30 juli 2013, *ECLI:NL*:GHARL:2013:5655.

111 De zorgverlener kan de schade zelfstandig afwikkelen wanneer de vermoede schade binnen het eigen risico blijft.

Eenstemmigheid over die punten vergt in veel gevallen een advies van een medisch adviseur, een medisch deskundigenbericht, soms een rechter die knopen doorhakt,[112] doch veelal ook een traject van 'goed' onderhandelen.[113] 'Goed' onderhandelen houdt in dat de uiteenlopende en tegengestelde belangen van de patiënt en de zorgverlener op een respectvolle en bevredigende manier worden overbrugd, dan wel dat partijen het in elk geval eens worden over de te ondernemen stappen teneinde de tegenstelling op een bevredigende wijze te overbruggen. Daarbij mag niet uit het oog worden dat de belangenbehartiger en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar het incident vanuit verschillend perspectief bekijken en dat zij uiteenlopende, soms tegengestelde, belangen hebben die van invloed zijn op het proces dat moet worden gevolgd om het verhaal van schade te effectueren. Dit is geen probleem zolang het inzicht bestaat dat de patiënt voor het verhaal van zijn schade afhankelijk is van de kwaliteit van de partijen bij 'het steekspel' en een negatieve beïnvloeding van het schadeafwikkelingsproces voor de patiënt zeer belastend kan zijn en een negatieve invloed kan hebben op de (omvang van de) schadevergoeding.[114] Zorgwekkend is dan ook dat uit onderzoek blijkt dat aan beide zijden problemen worden ervaren.

Wat de *belangenbehartiger* betreft blijkt uit onderzoek - in het bijzonder ten aanzien van de advocaat - dat gelaedeerden angst hebben voor hoge kosten en slepende procedures.[115] Hoewel het onderzoek niet specifiek voor medische zaken geldt, is het niet aannemelijk dat het op dat terrein anders zou zijn. Voorts blijkt dat advocaten zich nogal eens passief opstellen en dat de cliënt/patiënt onvoldoende wordt betrokken bij de rechtshulpverlening.[116] Ook zou onvoldoende duidelijk worden gemaakt over welk specialisme de advocaat beschikt.[117] Uit onderzoek blijkt voorts van tekortkomingen in kennis en vaardigheden.[118] Opmerkelijk is dat aan het vak 'onderhandelen' als onderdeel van de kwaliteitsborging geen aandacht wordt besteed in de specialisatieopleiding die advocaten op het gebied van de

---

[112] Gedoeld wordt op de mogelijkheid om in de buitengerechtelijke fase een deelgeschil aan de rechter voor te leggen waarna partijen zelf verder kunnen onderhandelen.

[113] W.C.T. Weterings, Efficiëntere en effectievere afwikkeling van letselschadeclaims. Een studie naar schikkingsonderhandelingen in de letselschadepraktijk, normering en geschiloplossing door derden (diss. Tilburg), Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2004, p. 26.

[114] Dat een slechte belangenbehartiging een negatieve uitwerking heeft op het verhaal van schade blijkt bijvoorbeeld uit het rapport van de Stichting De Ombudsman, Letselschaderegeling 'Onderhandelen met het mes op tafel, of een zoektocht naar de redelijkheid', 2003. Zie voorts J.L. Smeehuijzen, 'Schadevergoeding wegens onzorgvuldige afwikkeling van letselschadevorderingen', *NTBR* 2009/44, p. 328-340; N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3, p. 102-113 en J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, S. van Buschbach en J.E. Hulst, 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013/1966.

[115] R.J.J. Eshuis e.a., Hulp bij juridische problemen. Een verkennend onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van advocaten en rechtsbijstandverzekeraars, Cahier reeks, WODC, Den Haag 2012, p. 60 en 105.

[116] R.J.J. Eshuis e.a., Hulp bij juridische problemen. Een verkennend onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van advocaten en rechtsbijstandverzekeraars, Cahier reeks, WODC, Den Haag, 2012, p. 32-36; Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008, p. 48 en N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3, p. 102-113.

[117] N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3, p. 102-113.

[118] R. Vogels, De kwaliteit van de advocatuur. Zoetermeer: EIM 2006 en O. Couwenberg, e.a., Toegang tot advocaten: Een kwalitatief onderzoek naar belemmeringen in de toegang tot advocaten voor betalende particulieren en MKB-bedrijven, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit rechtsgeleerdheid, 2009 en N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3, p. 102-113.

personenschade kunnen volgen, terwijl het een belangrijk onderdeel is van het verhaal van schade.[119] Een onderwerp dat bij de opleidingen ook nauwelijks aan bod komt, is de interactie met de cliënt/patiënt.[120] Ook bij rechtsbijstandverzekeraars is de inhoudelijke behandeling van een zaak één van de meest in het oog springende klachten, op de voet gevolgd door passiviteit en ondeskundigheid.[121]

Wat de *beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar* betreft, blijkt uit diverse berichten in de media en uit onderzoek gebaseerd op ervaringen van patiënten en belangenbehartigers van structureel vertraagde reacties op aansprakelijkstellingen en overige correspondentie van de (belangenbehartiger van) de patiënt, op verweer tegen beter weten in en op een niet transparante houding ten aanzien van het gebruik van (verschillende) medisch adviseurs.[122]

Het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel levert op die punten geen significant ander beeld op, met dien verstande dat een iets positiever beeld lijkt te bestaan.

Wat de belangenbehartiger betreft, blijkt nog van onvrede bij de ondervraagde patiënten over de informatievoorziening ten aanzien van het verloop van de procedure, de tijdsduur en de kosten. Het is aannemelijk dat de patiënt bij onvoldoende informatie andere verwachtingen heeft dan de belangenbehartiger en op verschillende momenten gefrustreerd raakt als zowel de kosten en de tijdsduur bijgesteld moeten worden (kosten hoger, tijdsduur langer). Ook de onvoldoende aandacht voor de zienswijze en de gevoelens van de patiënt - passiviteit, onvoldoende betrokkenheid - is een terugkerend item.

Wat het gedrag van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar betreft, blijkt nog dat de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars volgens de ondervraagde patiënten en de ondervraagde belangenbehartigers regelmatig niet binnen de aanbevolen drie maanden een standpunt innemen over de aansprakelijkheid (dit wordt door patiënten als een onwenselijke en belastende vertraging ervaren). Dit klemt te meer als niet wordt uitgelegd waarom er een

---

[119] De Grotius-opleiding die door advocaten gevolgd moet worden, om zich LSA-advocaat te mogen noemen, kent tien cursusdagen, waarvan geen enkele op onderhandelen ziet. De opleiding voor verzekeraars, georganiseerd door het de Stichting Personenschade Instituut voor Verzekeraars (PIV), kent wel onderhandelingstrainingen (leergangen Licht Letsel, Middelzwaar Letsel en Zwaar Letsel).

[120] Zie ook N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3, p. 102-113.

[121] R.J.J. Eshuis e.a., Hulp bij juridische problemen. Een verkennend onderzoek naar de kwaliteit van de dienstverlening van advocaten en rechtsbijstandverzekeraars, Cahier reeks, WODC, Den Haag, 2012, p. 40 en Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008, p. 48.

[122] Uitzending Tros Radar 10 september 2007; uitzending Zembla 8 februari 2009, Volkskrant, 'Medische missers slecht vergoed, 2 april 2010 en uitzending Tros Radar 1 oktober 2012. Zie daarover ook Aanhangsel van de Handelingen II 2007/08, nr. 329, Kamervragen van het Kamerlid Van Gerven over de slechte afhandeling van schadeclaims bij medische fouten, ingezonden 13 september 2007 en antwoorden op Kamervragen van Van Gerven over de slechte afhandeling van schadeclaims bij medische fouten, ontvangen 22 oktober 2007; Aanhangsel van de Handelingen II 2012/13, nr. 354, Kamervragen van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA), ingezonden 3 oktober 2012 en antwoorden op Kamervragen van Bouwmeester over het bericht dat 60% van de claims bij medisch verzekeraars niet wordt uitgekeerd, ontvangen 25 oktober 2012; Kamervragen van het Kamerlid Recourt (PvdA), ingezonden 4 oktober 2012 en antwoorden op de Kamervragen van Recourt over medische verzekeraars, ontvangen 11 december 2012, kenmerk 329530; Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008 en Consumentengids, 'Medische missers', juli/augustus 2011. Zie daarenboven Rechtbank Noord-Holland 4 januari 2013, *ECLI:NL:*RBNHO:2013:BZ0050 waarin de rechtbank een opmerking maakt over de niet constructieve houding van het ziekenhuis en de aansprakelijkheidsverzekeraar.

vertraging is opgetreden.[123] Helaas blijkt volgens de ondervraagde patiënten en belangenbehartigers de reden in minder dan de helft van de gevallen te worden gegeven. Er is voorts weinig aandacht voor gevoelens van de patiënt, terwijl dit een item is waaraan veel belang wordt gehecht. Een wederzijds wantrouwen ligt daarmee op de loer, zo lijkt aannemelijk.

Problemen treden pregnanter op de voorgrond naarmate de communicatie tussen belangenbehartiger en beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar niet vlot verloopt en wederzijds begrip niet wordt bereikt. Het is dan ook te betreuren dat de communicatie over en weer een punt van kritiek is, aldus de ondervraagden in het onderzoek van Ruigrok | NetPanel.

Concluderend kan worden vastgesteld dat de onderzoeken tezamen - en vastgesteld hebbende dat het onderzoek van Ruigrok | NetPanel op hoofdlijnen niet significant afwijkend is, hoewel iets positiever - een beeld opleveren van onvoldoende naleving van de aanbevelingen 10, 15 en 16 van de GOMA. Aandacht behoeft vooral de betrokkenheid van de patiënt in het proces, verwachtingenmanagement (kosten, duur, wat wordt erkend, wat niet), het serieus nemen van de patiënt en een vlotte reactie (binnen drie maanden) op de aansprakelijkstelling. Keer op keer wordt duidelijk dat dit punten zijn waaraan patiënten veel waarde hechten.

4.4 Conclusie

Dit hoofdstuk had het doel een beeld te schetsen van de plaats c.q. duiding van de onderzoeksbevindingen uit het onderzoek van Ruigrok | NetPanel in het geheel van meningen en 'oordelen' over de wijze waarop wordt omgegaan met een medisch incident. Uit de analyse is naar voren gekomen dat het onderzoek van Ruigrok | NetPanel op grote lijnen in overeenstemming is met eerder onderzoek naar de behoeften van de patiënten en hun mening over de wijze waarop momenteel wordt omgegaan met incidenten door de zorgaanbieder en met het schadeafwikkelingstraject.

Wordt een en ander geplaatst in het kader van de vraag of de GOMA wordt nageleefd, dan blijken in het bijzonder de aanbevelingen 2, 4, 5, 6, en 8 evenals de aanbevelingen 10, 15 en 16 van de GOMA een punt van aandacht; deze aanbevelingen worden in de ogen van de ondervraagde patiënten onvoldoende nageleefd. Daarbij wordt opgemerkt dat de zorgverlener, belangenbehartiger en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar uit het onderzoek van Ruigrok | NetPanel de naleving anders ervaren dan de patiënt (met dien verstande dat het aantal responderende zorgprofessionals erg klein was en de resultaten daarom zeer indicatief van aard). Dit doet aan de ervaring van de patiënt op zich echter niets af. Wel is de bevinding een aanwijzing voor het inzicht dat dit een hinderpaal kan zijn in het bewerkstelligen van verandering en mitsdien een punt waarmee rekening moet worden gehouden, zo het de wens is een verandering te bewerkstelligen.

[123] In dat verband wordt opgemerkt dat volgens MediRisk BA en Centramed BA uit hun cijfers een ander beeld zou blijken. Uit de gepresenteerde cijfers van MediRisk BA over 2013 blijkt dat in de eerste helft van 2013 in minder dan 50% van de zaken de 3 maanden termijn werd gehaald. In de tweede helft van het jaar werd tussen de 60% en 70% van de gevallen de termijn gehaald. Volgens Centramed BA blijkt uit haar cijfers dat in 62,5% van de zaken de 3 maanden termijn wordt gehaald.

Een ander punt van aandacht is de behoefte van de patiënt om ook tijdens het traject van de schadeafwikkeling empathisch te worden benaderd door zowel de belangenbehartiger als de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar; het serieus nemen van de voor hem ontstane gevolgen en het betrekken van de patiënt bij beslissingen over die schade kennen geen aanbeveling in de GOMA, maar vertegenwoordigen kennelijk wel een grote behoefte.

HOOFDSTUK 5 SLOTBESCHOUWING & GEDACHTEN OVER VERBETERING

De Gedragscode openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) kent 19 aanbevelingen. Zij is tot stand gekomen naar aanleiding van negatieve verhalen over en ervaringen met de afwikkeling van een klacht en/of schade na en incident. Het algemene doel van de aanbevelingen is open en transparante communicatie met goed inzicht in het traject na een incident voor alle betrokken partijen. Tevens zijn de aanbevelingen bedoeld om de voortgang van het schadeafwikkelingsproces te bewaken en de kosten en belasting voor partijen tot een minimum te beperken. Een niet onbelangrijk doel, gezien het aantal gevallen van zorggerelateerde schade, en inzicht in de naleving van de aanbevelingen was dan ook wenselijk.

Ruigrok | NetPanel verrichtte in de periode van mei 2013 tot en met februari 2014 kwantitatief onderzoek onder patiënten en professionals (zorgprofessionals, beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers van patiënten). Centraal stonden de bekendheid, toepassing en naleving van de GOMA. De toepassing en de naleving van de GOMA werd tegen de achtergrond van twee trajecten onderzocht: het traject kort na het incident waarbij vooral de zorgverlener een rol speelt en het traject van de schadeafwikkeling waarbij de belangenbehartiger van de patiënt en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgverlener een pregnante rol spelen.

- ✓ BEKENDHEID GOMA

Wat de bekendheid met de GOMA betreft wordt voorop gesteld dat hiernaar niet eerder onderzoek is verricht en dus niet kon worden afgezet tegen eerdere bevindingen. Het was dan ook een zuivere 0-meting.

De meting toonde dat weinig patiënten bekend zijn met de (inhoud van de) GOMA. Dit roept de vraag op naar de mogelijke oorzaak. Hoewel uit het kwantitatief onderzoek tevens blijkt dat meeste ondervraagde professionals wel bekend zijn met de GOMA roept ook deze bevinding vragen op. Het aantal zorgprofessionals dat meedeed aan het onderzoek is erg laag en een mogelijke oorzaak kan zijn gelegen in de onbekendheid met de GOMA ('als ik het niet ken, kan ik er ook niets over zeggen').

Het vergt nader onderzoek om over de oorzaak van de geringe bekendheid onder patiënten een juiste uitspraak te kunnen doen. Daarbij merk ik op dat onderzoek naar mogelijke oorzaken van geringe bekendheid bij patiënten en/of betere voorlichting over de GOMA aan patiënten (alleen) aan te bevelen is, als bekendheid met de *uitgangspunten* van de GOMA het doel is terwijl zij tegelijkertijd benedenmaats is.[124] Het gaat er immers vooral om dat de patiënt herkent dat er conform de aanbevelingen van de GOMA wordt gehandeld. De GOMA zelf is vooral bedoeld voor professionals. De informatievoorziening aan patiënten tot nu toe bestaat uit het aanbieden van een flyer aan Slachtofferhulp Nederland, de politie en aan alle ziekenhuizen. De beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars verstrekken bij het eerste contact

[124] Het hoeft niet zo te zijn dat 24% volgens de makers van de GOMA laag is. De Gedragscode Behandeling Letselschade scoorde bij onderzoek nog lager op het punt bekendheid.

ook informatie.[125] Het is niet bekend of ziekenhuizen de flyer in de rekken hebben staan en/of bijvoorbeeld alle (of de meeste) klachtenfunctionarissen in het kader van hun algemene informatievoorziening patiënten informeren over de GOMA, wanneer hun een klacht wordt voorgelegd. Dit zou onderwerp van onderzoek kunnen zijn.

Een eventueel nader onderzoek kan breder worden opgezet wanneer ook behoefte bestaat aan het verkrijgen van een betrouwbaarder inzicht omtrent de bekendheid van de GOMA onder zorgprofessionals. Een belang ligt mijns inziens in de ontwikkeling dat ziekenhuizen zelf als de eerstverantwoordelijke worden gezien, ook voor de afwikkeling van schadekwesties. Een rol daarin speelt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).[126] Dit wetsvoorstel is thans aanhangig bij de Eerste Kamer. Het voorbereidend onderzoek door de Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid Wetenschap en Sport (VWS) vond plaats op 28 januari 2014.[127] Het voorlopig verslag daarvan is op 18 februari 2014 gereed gekomen.[128]

✓ AFHANDELING VAN EEN INCIDENT DOOR DE ZORGVERLENER

Wat de afhandeling van een incident door de zorgverlener betreft wordt opnieuw voorop gesteld dat eerder onderzoek tegen de achtergrond van de naleving van de GOMA niet heeft plaatsgevonden. Voorts wordt opgemerkt dat het geringe aantal responderende zorgprofessionals een rol kan spelen bij de betrouwbaarheid van de interpretatie van de onderzoeksbevindingen. Wel blijkt het beeld dat uit het kwantitatief onderzoek van Ruigrok | NetPanel naar voren komt niet of nauwelijks af te wijken van eerder kwantitatief en kwalitatief onderzoek op dit vlak.

De bevindingen in ogenschouw genomen, kan worden vastgesteld dat de onderzoeken tezamen - en vastgesteld hebbende dat het onderzoek van Ruigrok | NetPanel op hoofdlijnen niet afwijkend is - een beeld opleveren van een nog onvoldoende naleving door de zorgverlener van de aanbevelingen 2, 4, 5, 6 en 8 van de GOMA. Aandacht behoeft vooral het inzicht in en de openheid over de aard en toedracht van een incident en het aanbieden van excuses voor het feit dat schade is ontstaan (erkenning van de fout is vaak niet eens nodig). Steeds wordt bevestigd dat patiënten veel waarde hechten aan deze openheid en

125 Bijvoorbeeld de brochure “Uw schadeclaim ook onze zorg” (Centramed) waarin wordt verwezen naar de GOMA.
126 De Wkkgz is een uitvloeisel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), bij de Tweede Kamer ingediend op 7 juni 2010, zie Kamerstukken II 2009/10, 32402, nr. 1 (KB) en nr. 2 (Voorstel van Wet). Op 8 februari 2013 gaf de Minister van VWS dan ook uiting aan haar besluit om het wetsvoorstel Wcz in zijn oorspronkelijke vorm niet te handhaven, zie Kamerstukken II 2012/13, 32620, nr. 78 (Brief van de Minister van VWS). Het oorspronkelijke wetsvoorstel Wcz werd beperkt tot een wetsvoorstel ter zake de behandeling van klachten en geschillen in de zorg, de Wkkgz, zie Kamerstukken II 2012/13, 32402, nr. 12 (Derde Nota van wijziging). Het wetsvoorstel Wkkgz werd op 4 juli 2013 aangenomen door de Tweede Kamer. Diezelfde dag werd het Gewijzigd Voorstel van Wet ingediend bij de Eerste Kamer, zie Kamerstukken I 2012/13, 32402, nr. E (Gewijzigd Voorstel van Wet).
127 Zie voor kritiek op het voorstel geuit aan de Eerste Kamercommissie de brief van de Associatie Nederlandse Tandartsen d.d. 12 december 2013. Zie voor een positieve reactie geuit aan de Eerste Kamercommissie de brief d.d. 2 december 2013 van de Patiëntenfederatie NPCF, de CG-Raad\Platform VG, de Consumentenbond, het Landelijk Platform GGz, het Landelijk Steunpunt Medezeggenschap LSR en Zorgbelang Nederland.
128 Kamerstukken I 2013/14, 32402, nr. G (Voorlopig Verslag van de vaste commissie).

spijtbetuiging door de zorgverlener,[129] en dat de afwezigheid ervan, ook voor de arts, negatieve invloed heeft op het verloop van de verdere procedure.

Dit betekent dat wanneer het de wens is om een verbetering op deze punten te bereiken - een verbetering in de zin van aansluiten bij de behoefte van de patiënt en naleving van de GOMA - actie gewenst is. Maar hoe? Ingesleten opvattingen kunnen niet zonder meer en op korte termijn worden veranderd of omgebogen. In ander onderzoek wordt (dan ook) melding gemaakt van de twijfel dat een enkele gedragsnorm zoals de GOMA voldoende zal zijn om gewenste openheid te bewerkstelligen. Daarvoor zouden bijkomende maatregelen vereist zijn zoals scholing, training en ondersteuning van artsen,[130] maar ook het realiseren van een openheidscultuur in de instelling waarin fouten in alle openheid besproken kunnen worden.[131] Ik wil actie op dit vlak als gedachte meegeven. Met de (vergaande) nuancering dat slechts een gering aantal zorgprofessionals de vragenlijst heeft beantwoord en daarom geen algemeen geldende conclusie kan worden getrokken, is een belangrijk inzicht daarbij dat de zorgverleners uit het onderzoek van Ruigrok | NetPanel als meest belangrijke reden voor het niet nakomen van een aanbeveling 'het niet dragen van de verantwoordelijkheid daarvoor' hebben genoemd.[132] Voor een nader inzicht op dit punt is verdergaand onderzoek nodig.

Ondertussen hebben mogelijk ook veranderingen op het wetgevingsterrein zo hun invloed. Gedoeld wordt op het wetsvoorstel Wkkgz. Artikel 10, derde lid, Wkkgz bevat het recht van de cliënt om op de hoogte te geraken van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening die merkbare (deze beperking is dus gehandhaafd) gevolgen hebben of kunnen hebben voor de cliënt. De aard en de toedracht moet onverwijld aan de cliënt, diens wettelijk vertegenwoordiger of een nabestaande worden meegedeeld en worden aangetekend in het medisch dossier. Tevens moet worden aangetekend wat het tijdstip is geweest waarop het incident heeft plaatsgevonden en wat de namen zijn van de bij het incident betrokken personen. Daarbij licht de zorgaanbieder de cliënt tevens in over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken. Met het artikel wordt tot uitdrukking gebracht dat ook de Minister van VWS veel waarde hecht aan openheid rond de zorgverlening.

- ✓ BEHANDELING VAN EEN VERZOEK TOT SCHADEVERGOEDING

Wat de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding betreft wordt andermaal voorop gesteld dat eerder onderzoek tegen de achtergrond van de naleving van de GOMA niet heeft plaatsgevonden. Opnieuw wordt vastgesteld dat het beeld dat uit het kwantitatief onderzoek

[129] Zie weer recent S. van Egmond e.a., 'Sterke verhalen uit het ziekenhuis. Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg', Rathenau Instituut, Den Haag 2014, p. 70-74.
[130] In dat kader zij opgemerkt dat door de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars aan communicatie over een fout ook steeds meer aandacht wordt besteed, getuige de op 27 maart 2012 in première gegane film 'Met lood in de schoenen', een initiatief van beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar Centramed.
[131] J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 24 met verwijzing naar G.E. Linthorst e.a., 'What contributes to internists' willingness to disclose medical errors?', *The Netherlands Journal of Medicine (special article)*, juni 2012, vol. 70, no. 5, p. 242-248.
[132] J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014, p. 16.

van Ruigrok | NetPanel naar voren komt niet of nauwelijks afwijkt van eerder kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Concluderend kan dus worden vastgesteld dat de onderzoeken tezamen - en vastgesteld hebbende dat het onderzoek van Ruigrok | NetPanel op hoofdlijnen niet afwijkend is - een beeld opleveren van onvoldoende naleving van de aanbevelingen 10, 15 en 16 van de GOMA. Aandacht behoeft vooral de betrokkenheid van de patiënt in het proces, verwachtingenmanagement (kosten, duur, wat wordt erkend, wat niet), het serieus nemen van de patiënt en een vlotte reactie (binnen drie maanden) op de aansprakelijkstelling.

Wanneer het de wens is om een verbetering op deze punten te bereiken - een verbetering in de zin van aansluiten bij de behoefte van de patiënt en naleving van de GOMA - is actie gewenst. Opnieuw kan daarbij de vraag worden gesteld hoe die verbetering dan moet worden bewerkstelligd. Bij het formuleren van een (van de vele mogelijke) antwoord(en) wil ik waarde hechten aan een onderzoeksbevinding van Ruigrok | NetPanel die geen aparte aanbeveling in de GOMA vertegenwoordigt: de behoefte van de patiënt om serieus te worden genomen, betrokken te worden bij het traject en empathisch te worden benaderd (met aandacht voor zijn gevoel dus) door zowel de belangenbehartiger als de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Daarnaast wil ik waarde hechten aan de onderzoeksbevinding van Ruigrok | NetPanel dat deze professionals hun eigen houding en gedrag (nakomen van verplichtingen en tegemoet komen aan behoeften) anders en doorgaans positiever ervaren dan de patiënt of een andere professional dat doet. Gesteld dat dit erop duidt dat een verandering van houding niet nodig is – ‘waarom zou je iets veranderen als je zelf denkt dat je het goed doet’ - lijkt het raadzaam partijen te laten inzien dat de behoefte van de andere partij op een ander vlak ligt en dat simpelweg een meer op de ander aansluitende benadering al kan helpen (communicatie in zijn algemeenheid).

In dat kader wil ik de gedachte meegegeven onderzoek te doen naar het antwoord op de vraag of een drie- of vier-gesprek soelaas kan bieden, dat wil zeggen een gesprek tussen de patiënt eventueel vergezeld van zijn belangenbehartiger, de zorgverlener zelf en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.[133] Dit gesprek zou in een zo vroeg mogelijk stadium van het buitengerechtelijk traject moeten plaatsvinden. Deze gedachte werd reeds verwoord in ander onderzoek en zij hier dus herhaald.[134] Wel is het mijns inziens een voorwaarde dat de zorgverlener bereid is tijdens dat gesprek openheid te verschaffen, waarbij wordt gewezen op hetgeen hiervoor is opgemerkt over de reactie van de zorgverlener op een incident. Een drempel zou nog gelegen kunnen zijn in de extra te investeren tijd, doch deze tijd zou terug gewonnen kunnen worden, wanneer het effect van wederzijds vertrouwen en goede communicatie intreedt. Een andere voorwaarde is dat de patiënt bereidheid toont aan te horen wat hem in een eerder stadium wellicht niet is verteld. Het nut van een nieuwe contactpoging zou hem kenbaar moeten worden gemaakt.

Het drie- of viergesprek kan (vervolgens) als aanbeveling worden opgenomen in de GOMA tezamen met een thans ontbrekende algemene aanbeveling voor belangenbehartigers en beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars rekening te houden met de gevoelens van de patiënt

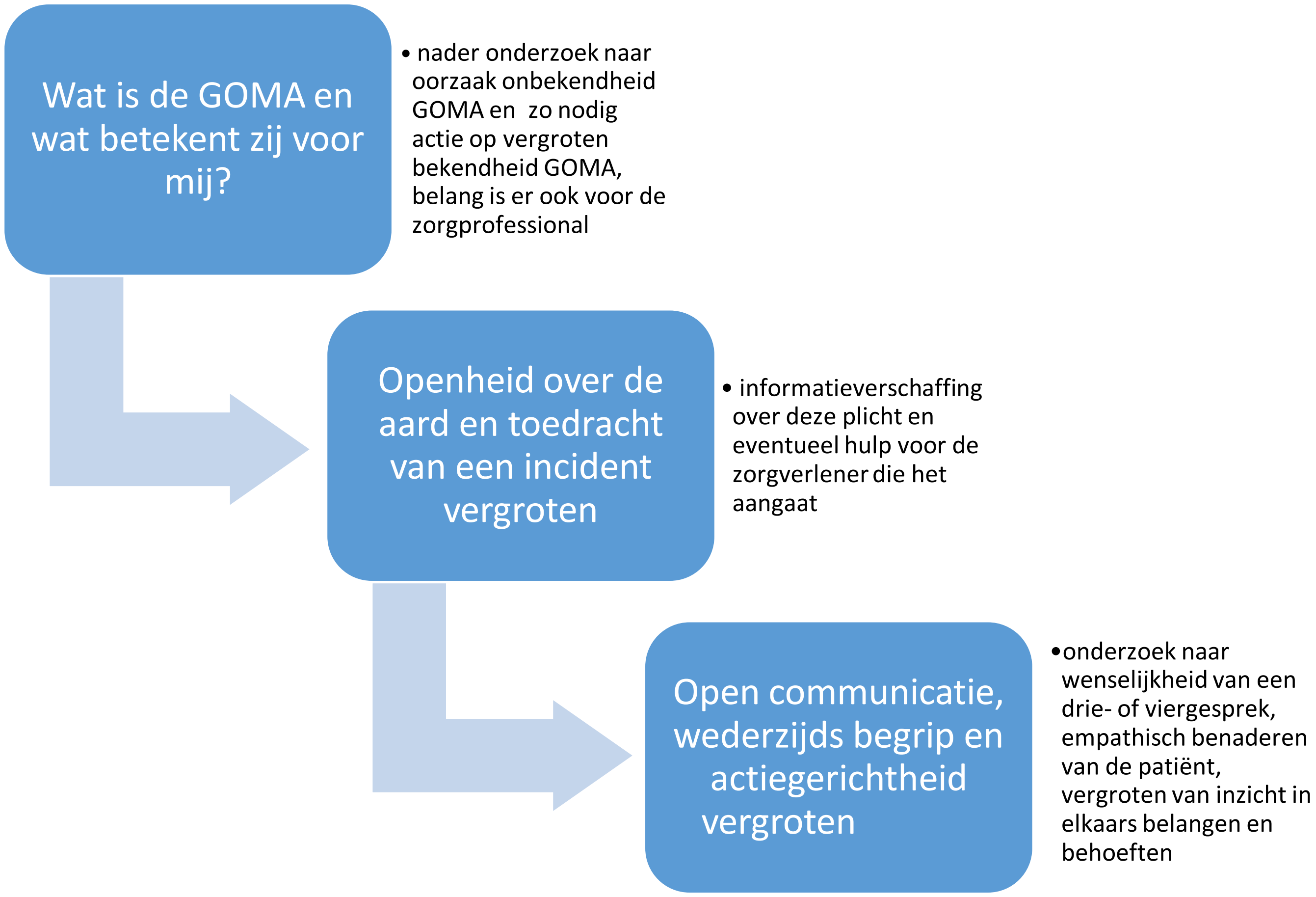
---

[133] Enkele eerste ervaringen daarmee zijn reeds opgedaan.

[134] J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013, p. 25-26.

('luister naar wat het voor mij als patiënt heeft betekend') op het moment dat hij geconfronteerd wordt met een incident en een schadeafwikkelingstraject tegemoet kan zien.

In schema:



Ik sluit af met de opmerking dat de problematiek van de medische aansprakelijkheid hoog op de agenda staat van verschillende ‘organisaties’. De Volkspartij voor Vrijheid en Democratie kwam met een initiatiefnota Patiëntveiligheid,[135] en de Socialistische Partij heeft het voornemen om een initiatiefwetsvoorstel in te dienen, inhoudende de oprichting van een medisch letselschadefonds.[136] De wetgever zit evenmin stil: nieuwe wetsvoorstellen zoals de Wet cliëntenrechten zorg en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg zagen het licht, met als doel de verbetering van de positie van de patiënt.[137] Ook de GOMA beoogt bij te dragen aan een verbetering op dit terrein. Een verbetering kan echter alleen worden bereikt als er bereidheid bestaat tot naleving. Ik spreek ten behoeve van alle betrokken partijen de hoop uit dat die bereidheid er is en dat de patiënten, de zorgverleners, de belangenbehartigers en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars zich voor verbetering blijven inzetten.

[135] De initiatiefnota dateert van 29 november 2012 en is in te zien op de website <www.vvd.nl>.
[136] Zie het bericht op de website van de SP <www.sp.nl> d.d. 28 augustus 2012. Op 24 februari 2014 volgde het bericht dat het voornemen nog steeds staat.
[137] Zie Kamerstukken II en I, 32402.

LITERATUURLIJST

Asser Procesrecht/Asser 3

M.C. de Bruijne e.a., Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2007

CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Klachtenrichtlijn gezondheidszorg, Alphen aan den Rijn: Uitgever Van Zuiden, 2004

CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, Dit nooit meer, Utrecht 2009

Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland, Jaargang 52 - 1e kwartaal 2004, Heerlen/Voorburg 2004

J.J.M. van Dijk en F. van Mierlo, Leemten in de slachtofferhulpverlening: Resultaten van een verkennend, kwalitatief onderzoek onder verschillende categorieën gedupeerden van ingrijpende gebeurtenissen, Tilburg 2009

C. Duclos e.a., 'Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events', *International Journal for Quality in Health Care* 2005, vol. 17, no. 6

S. van Egmond e.a., 'Sterke verhalen uit het ziekenhuis. Leren van patiëntenervaringen voor goede zorg', Rathenau Instituut, Den Haag 2014

N.A. Elbers, K.A.P.C. van Wees en A.J. Akkermans, 'Hij schreef dat hij contact op zou nemen zodra hij de tegenpartij had gesproken: letselschadeslachtoffers over hun belangenbehartiger', *TVP* 2012, nr. 3

R.W.M. Giard, Aansprakelijkheid van artsen (diss. Leiden), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2005

R.W.M. Giard, 'De epidemiologie van medische fouten: enkele methodologische kwesties', *NTvG* 2005;149

R.M.E. Huver e.a., Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I: Terreinverkenning, Amsterdam, Vrije Universiteit, WODC, Den Haag 2007

R. Iedema, 'What prevents incident disclosure and what can be done to promote it?', *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2011, vol. 3, no. 9

J. de Jongh en M. Boerma, De Letselschade Raad/GOMA. Een onderzoek naar de bekendheid, toepassing en naleving van de gedragscode GOMA na medische incidenten in ziekenhuizen, Amsterdam, februari 2014

L.C. Kaldjian, ‘An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians’ willingness to disclose medical errors’, *Journal of General Internal Medicine* 2006, vol. 21, no. 9

KNMG, Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?, april 2007

S. Kruikemeier e.a., Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL 2009

M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2008, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2010

M. Langelaan e.a., Monitor Zorggerelateerde schade 2011/2012, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2013

J. Legemaate, Patiëntveiligheid en patiëntenrechten (oratie Amsterdam) Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2006

J. Legemaate, ‘Patiëntveiligheid en patiëntenrechten’, *MC* 12 mei 2006 (61) nr. 19

J. Legemaate, ‘Recht op informatie over fouten van artsen’, *TVP* 2007, nr. 1

J. Legemaate, Wikken en wegen (oratie Amsterdam) 2011, opgenomen in de oratiebundel Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2012

G.E. Linthorst e.a., ‘What contributes to internists’ willingness to disclose medical errors?’, *The Netherlands Journal of Medicine (special article)*, juni 2012, vol. 70, no. 5

C.Y. Lu en E. Roughead, ‘Determinants of patient-reported medication errors: a comparison among seven countries’, *The International journal of Clinical Practice*, juli 2011

P.J. Marang-van de Mheen en J. Kievit, ‘Geautomatiseerde registratie van complicaties door heelkundige afdelingen in Nederland: huidige stand van zaken’, *NTvG* 2003;147

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013

E. O’Connor e.a., ‘Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review’, *International Journal for Quality in Health Care* 2010, vol. 22, no. 5

Orde van Medisch Specialisten, MJA-project complicatieregistraties. Plan van aanpak complicatieregistratie in het kader van de meerjarenafspraken (MJA) ten behoeve van de wetenschappelijke verenigingen van erkende specialismen, Utrecht 2002

A. Pinto e.a., ‘Surgical complications and their implications for surgeons’ well being’, *British Journal of Surgery* 2013; 100

J.A.M. Schouten, Anamnese en advies, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2004

J.L. Smeehuijzen, ‘Schadevergoeding wegens onzorgvuldige afwikkeling van letselschadevorderingen’, *NTBR* 2009/44

J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en J.E. Hulst (VU Amsterdam), Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen, 2013

J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: SDU Uitgevers 2013

J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, S. van Buschbach en J.E. Hulst, ‘Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht’, *NJB* 2013/1966

Stichting De Ombudsman, Letselschaderegeling ‘Onderhandelen met het mes op tafel, of een zoektocht naar de redelijkheid’, 2003

Stichting De Ombudsman, Over leven in de medische letselschadepraktijk, 2008

Tweede externe onderzoekscommissie MST, Heel de patiënt - Het handelen van de beroepsmatig betrokkenen na het vertrek van een disfunctionerende medisch specialist, 2010

L. de Vries, ‘Dit nooit meer, maar hoe dan?’, *MC* 25 februari 2010 (65), nr. 8

VvAA trendonderzoek onder zorgaanbieders, Wat geld(t) in de zorg?, derde editie oktober 2011

C. Wagner e.a., Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen, Amsterdam/Utrecht: EMGO en NIVEL 2008

K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, R.M.E. Huver en N.A. Elbers, ‘Meer dan geld alleen. Resultaten van een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht’, *AA* 56 (2007) 11

W.C.T. Weterings, Efficiëntere en effectievere afwikkeling van letselschadeclaims. Een studie naar schikkingsonderhandelingen in de letselschadepraktijk, normering en geschiloplossing door derden (diss. Tilburg), Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2004

R.P. Wijne, Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade. Een onderzoek naar obstakels in het civiele aansprakelijkheidsrecht en alternatieven voor verhaal van zorggerelateerde schade (diss. Rotterdam), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013